AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE *du* CANADA

Région de l'Atlantique

Utilisation de drogues injectables, maladies infectieuses connexes, comportements à risque élevé et programmes pertinents : analyse de l'environnement au Canada atlantique

Mars 2006

Agence de santé publique du Canada
Public Health Agency of Canada

Canada

Utilisation de drogues injectables, maladies infectieuses connexes, comportements à risque élevé et programmes pertinents : analyse de l'environnement au Canada atlantique

San Patten, MSc.

Préparé pour
l'Agence de santé publique du Canada
Bureau régional de l'Atlantique

Mars 2006

Les opinions exprimées dans ce document sont celles de l'auteure et ne reflètent pas nécessairement le point de vue officiel de l'Agence de santé publique du Canada.

Also available in English under the following title: *Scan of Injection Drug Use, Related Infectious Diseases, High-risk Behaviours, and Relevant Programming in Atlantic Canada*

Il est interdit de reproduire le contenu de ce document à des fins commerciales, mais sa reproduction à d'autres fins est encouragée, à condition d'en indiquer la source. Prière d'en indiquer la source comme suit :

Utilisation de drogues injectables, maladies infectieuses connexes, comportements à risque élevé et programmes pertinents : analyse de l'environnement au Canada atlantique, 2006. Préparé par San Patten, MSc., pour l'Agence de santé publique du Canada, bureau régional de l'Atlantique.

Pour plus de renseignements, veuillez communiquer avec :

Bureau régional de l'Atlantique
Agence de santé publique du Canada
1525 – 1505, rue Barrington
Halifax (N.-É.) B3J 3Y6
Tél. : (902) 426-2700
Téléc. : (902) 426-9689
Courriel : atlantic-atlantique@phac-aspc.gc.ca
Site Web: atlantique.aspc.gc.ca

© Agence de santé publique du Canada 2006

REMERCIEMENTS

L'auteure désire remercier Pyra Consulting pour avoir effectué la collecte de données et la rédaction de la première ébauche du présent rapport, ainsi que toutes les personnes qui ont participé aux entrevues pour appuyer ce projet.

L'Agence de santé publique du Canada désire remercier le Comité consultatif qui a apporté une précieuse collaboration dans la conception et la mise en œuvre de l'analyse de l'environnement. Le Comité consultatif s'est réuni à une occasion pour cibler les grandes questions et a participé à trois téléconférences pour identifier les informateurs clés qui participeront à l'analyse, offrir de la rétroaction sur les outils de collecte de données et recevoir les rapports d'étape réguliers. Les membres du Comité consultatif ont également étudié et commenté les nombreuses ébauches du rapport.

Le Comité consultatif pour cette analyse de l'environnement était composé des membres suivants :

Diane Bailey, Mainline Needle Exchange
Carla Burgess, Capital District Health Authority, Nouvelle-Écosse
Tracey Butler, Société John Howard de Terre-Neuve-et-Labrador
Carolyn Davison, Addiction Services, Nova Scotia Department of Health Promotion and Protection
Julie Dingwell, AIDS Saint John
Haley Faro, SIDA Nouveau-Brunswick
Barbara Gibson, AIDS PEI
Leila Gillis, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada
Geri Hirsch, Capital District Health Authority, Nouvelle-Écosse
Susan Kirkland, Department of Community Health and Epidemiology, Université Dalhousie
Odette LeBlanc-Pellerin, Service correctionnel du Canada
David Lewis, Service correctionnel du Canada
Robin MacArthur, Agence de santé publique du Canada
Tracey MacDonald, Agence de santé publique du Canada
Cynthia MacIsaac, Direction 180
Frances MacLeod, Sharp Advice Needle Exchange
Wayne McGill, Agence de santé publique du Canada
Jeannine McNeil, Agence de santé publique du Canada
Marvin McNutt, ministère de la Justice de Terre-Neuve-et-Labrador
Joanne Murray, Société John Howard du Grand Moncton
Josephine Muxlow, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada
Kevork Peltekian, Services d'hépatologie, Queen Elizabeth II Health Sciences Centre
Robert Pike, Her Majesty's Penitentiary, Terre-Neuve-et-Labrador
Mary Swan, CNPC, Sécurité publique
Tree Walsh, AIDS Committee of Newfoundland and Labrador

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS iii

LISTE DES TABLEAUX vii

LISTE DES DIAGRAMMES vii

SOMMAIRE iix
Objet et contexte iix
Résumé des résultats iix
Lacunes dans les programmes et les politiques xii

INTRODUCTION 1
Contexte 1
Justification 3
Objet 6
Population cible 6
Méthode 7
Limites de l'étude 8

UNE APPROCHE AXÉE SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION POUR COMPRENDRE L'USAGE DES DROGUES INJECTABLES 11
Santé de la population 11
Liens entre l'exclusion socioéconomique et la santé 11
Liens entre les déterminants sociaux de la santé et l'utilisation de drogues injectables 13

DESCRIPTION GÉNÉRALE DE L'UTILISATION DES DROGUES INJECTABLES AU CANADA ATLANTIQUE 17
Nombre estimatif d'utilisateurs de drogues injectables 17
Types de drogues injectées 19
Drogues préférées 20
Approvisionnement en drogues injectables 20
Contexte social de l'utilisation de drogues injectables 21

DES TAUX D'INFECTION PAR LE VIH, L'HÉPATITE B ET L'HÉPATITE C ET LES COMPORTEMENTS À RISQUE CHEZ LES UTILISATEURS DE DROGUES INJECTABLES AU CANADA ATLANTIQUE 23
Comportements dangereux associés à l'injection des drogues 23
Comportements sexuels à risque 26
Prévalence et incidence du VIH 28
Incidence de l'hépatite B 30
Incidence de l'hépatite C 31
Co-infection par le VIH et par le VHC 32

ANALYSE DE L'UTILISATION DE DROGUES INJECTABLES CHEZ DES POPULATIONS CIBLÉES DU CANADA ATLANTQUE 35
Jeunes 35
Femmes 39
Personnes vivant dans les régions urbaines comparativement aux régions rurales 42
Minorités ethnoculturelles 45
Détenus 47
Utilisateurs de stéroïdes anabolisants 49

ENVIRONNEMENT STRATÉGIQUE ET ENVIRONNEMENT DU PROGRAMME AU CANADA ATLANTIQUE 51
Introduction 51
Programme de prévention de la toxicomanie 52
Approche communautaire at programmes d'échange de seringues 58
Fournisseurs de services pour le traitement de la toxicomanie 63
Services de santé pour les utilisateurs de drogues injectables 71
Milieu correctionnel 74
Responsables des politiques et du financement 79
Recherche 80

RÉSUMÉ ET ÉVALUATION DES LACUNES DANS LES PROGRAMMES ET LES POLITIQUES 87
Conclusions générales 87
Lacunes dans les programmes et les politiques 92

ANNEXE UN : DÉFINITION DES TERMES ET CONCEPTS 99

ANNEXE DEUX : MÉTHODE 101

ANNEXE TROIS : OUTILS POUR LA COLLECTE DE DONNÉES 107

ANNEXE QUATRE : INFORMATEURS CLÉS 125

BIBLIOGRAPHIE 129

NOTES 137

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Estimation du nombre d'UDI au Canada atlantique 18

Tableau 2 : Proportion d'informateurs clés qui croit qu'au moins la moitié des UDI adoptent des comportements à risque liés à l'injection 24

Tableau 3 : Proportion d'informateurs clés qui croit qu'au moins la moitié des UDI adoptent des comportements sexuels à risque 27

Tableau 4 : Nombre de rapports de test positif pour le VIH par province et par année 29

Tableau 5 : Nombre (et pourcentage) de rapports de test positif pour le VIH parmi les UDI (comme catégorie d'exposition) par province et par année 29

Tableau 6 : Nombre de rapports de test positif pour le VIH entre le 1er novembre 1985 et le 31 décembre 2004 (tous âges confondus) 30

Tableau 7 : Nombre de rapports de test positif pour l'hépatite B par province et par année, 1995-1999 30

Tableau 8 : Nombre de rapports de test positif pour l'hépatite B par province et par année, 2000-2004 31

Tableau 9 : Nombre de rapports de test positif pour l'hépatite C par province et par année 32

Tableau 10 : Hépatite C chez la population en milieu carcéral fédéral, 2000-2004 48

Tableau A1 : Entrevues avec les informateurs clés : Planifiées c. Réalisées 103

Tableau A2 : Nombre d'entrevues avec les utilisateurs de drogues injectables 105

LISTE DES DIAGRAMMES

Diagramme 1 : Nombre de rapports de test positif pour le VIH, par province et année ... 28

Diagramme 2 : Nombre de rapports de test positif pour le VIH avec l'UDI comme facteur de risque, par province et année ... 29

Diagramme 3 : Nombre de rapports de test positif pour l'hépatite C, par province et année ... 32

Diagramme 4 : Hépatite C chez la population carcérale sous responsabilité fédérale SCC : nationale/atlantique ... 48

SOMMAIRE

OBJET ET CONTEXTE

Au début de 2005, le bureau régional de l'Atlantique de l'Agence de santé publique du Canada a commandé une analyse de l'environnement sur l'usage des drogues par injection au Canada atlantique afin de mettre à jour l'information provenant d'une étude semblable menée en 2000. Les intervenants des secteurs gouvernementaux, communautaires, du service de santé et du service social avaient noté qu'au cours de cette période de cinq ans la nature des questions associées à l'usage des drogues par injection (c.-à-d., l'ampleur du problème, les drogues utilisées, les initiatives gouvernementales et communautaires) avait évolué de façon significative dans la région. Des données actualisées étaient donc nécessaires pour fixer des priorités en matière d'action stratégique en santé publique et en collaboration intersectorielle.

Ce document devrait aider à raffermir la base des données probantes pour l'élaboration de politiques et de programmes de réduction des méfaits dans la région atlantique en articulant l'étendue de l'usage de drogues injectables, et les problèmes qui y sont associés, dans la région; en dégageant les tendances et en déterminant les caractéristiques de l'usage de drogues injectables chez les sous-populations et les provinces; et par la documentation des programmes, des services et des réponses stratégiques à l'intention des utilisateurs de drogues injectables, y compris les forces et les faiblesses de ces initiatives.

RÉSUMÉ DES RÉSULTATS

Depuis 2000, des réalisations importantes ont été accomplies dans la région atlantique relativement à la mise en oeuvre d'initiatives provinciales et régionales pour s'attaquer aux méfaits liés à l'utilisation des drogues injectables. Les exemples de nouveaux programmes et projets stratégiques comprennent la mise en place de la Stratégie VIH\sida et de la Stratégie sur les pathogènes à diffusion hématogène en Nouvelle-Écosse, l'élaboration d'une politique sur la réduction des méfaits à l'Île-du-Prince-Édouard, une plus grande accessibilité aux programmes de traitement à la méthadone (TEM) au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse ainsi qu'une accessibilité accrue aux Programmes d'échange de seringues (PÉS) dans les quatre provinces de l'Atlantique. Les organismes communautaires constituent un élément essentiel dans les efforts de réduction des méfaits dans la région, en jouant un rôle prépondérant dans l'action sociale et l'échange de seringues pour les utilisateurs de drogues injectables (UDI), de même que dans l'éducation préventive sur les problématiques du VIH et de l'hépatite C. Différents intervenants collaborent activement afin de régler les problèmes entourant l'usage des drogues injectables, notamment le Forum sur la réduction des méfaits, le Groupe de travail sur l'Oxycontin à Terre-Neuve-et-Labrador et le Community Partnership on Prescription Drug Abuse au Cap-Breton. Les gouvernements provinciaux, les autorités/districts de santé et les organismes communautaires unissent leurs efforts pour offrir une grande variété de services de toxicomanie, allant de la prévention primaire à la

réadaptation. Il existe au Canada atlantique une infrastructure solide de recherche avec des centres de recherche dans le domaine de la toxicomanie et des comportements à risque pour le VIH\VHC, de même que des projets d'évaluation des besoins que chapeautent plusieurs organismes communautaires de la région.

Malgré ces progrès dans les programmes et les politiques sur la réduction des méfaits au Canada atlantique, l'usage des drogues injectables demeure, en 2005, un grave problème de santé publique, comme beaucoup des iniquités sociales et économiques qui sous-tendent l'abus des drogues (par exemple des revenus plus faibles, des taux plus élevés de chômage et une plus petite part proportionnelle de la richesse nationale comparativement aux autres régions du Canada).

Les tendances dans les types de drogues consommées ont changé dans toute la région. Les lieux perçus comme étant les lieux utilisés le plus fréquemment pour l'injection de drogues au Canada atlantique sont les résidences privées et les toilettes publiques, à l'exception de Halifax où la rue demeure un lieu d'injection fréquemment utilisé. Depuis 2000, on a constaté une hausse dans le nombre d'utilisateurs de drogues injectables sur ordonnance (plus particulièrement l'OxyContin et le Dilaudid), une tendance dont il faut tenir compte dans le travail collaboratif sur la mise en place de stratégies globales de réduction des méfaits. De plus, 8 % des jeunes du Cap-Breton âgés de 15 à 18 ans ont rapporté utiliser des stéroïdes anabolisants et, de ceux-ci, 17,6 % ont rapporté avoir déjà utilisé des drogues injectables.[1]

On a constaté des améliorations importantes à l'égard des comportements sexuels à risque chez les utilisateurs de drogues injectables (c.-à-d., réduction des pratiques sexuelles risquées avec des partenaires occasionnels, avec des partenaires réguliers et avec des clients de l'industrie du sexe). On a toutefois noté une augmentation de comportements d'injection non sécuritaires chez les UDI, surtout dans l'emprunt de seringues et d'autre matériel d'injection. Cela indique que les messages pour prévenir l'emprunt de matériel d'injection n'ont pas été efficaces pour réduire ces types de comportements. L'accès limité à du matériel propre continu de poser des problèmes dans l'ensemble du Canada atlantique, notamment dans les régions rurales et les petites communautés.

À l'échelon régional, il semble y avoir une tendance à la hausse dans le nombre de cas d'infection par le VIH signalés annuellement de 2000 (n=34) à 2004 (n=47). De 2000 à 2002, le nombre de cas rapportés avait diminué pour augmenter de façon significative de 2002 à 2004. On avait constaté une hausse de 50 % dans le nombre de cas de VIH rapportés de 2000 (n=16) à 2004 (n=32) en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard, de même qu'une augmentation dans la proportion de ces cas attribuables à l'utilisation de drogues injectables (n=1 en 2000 à n=6 en 2004). Le Nouveau-Brunswick est la seule province qui affiche une diminution dans les nouveaux rapports de test positif pour le VIH.

Le nombre de cas signalés d'hépatite B (VHB) a diminué dans toutes les provinces à l'exception de Terre-Neuve-et-Labrador où, de 2000 à 2003, le nombre de nouvelles

infections a augmenté de deux à quatre cas par année pour atteindre 25 cas par année en 2004.

On ne discerne aucune tendance régionale précise dans le nombre de cas de VHC signalés de 2000 (n=519) à 2004 (n=547). Toutefois, le nombre de nouveaux cas d'infection par le VHC a augmenté de 45 % à Terre-Neuve-et-Labrador (de 43 cas en 2000 à 78 cas en 2004), et l'usage de drogues par injection a été mentionné comme un facteur de risque dans 24 à 35 % des cas. La Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick enregistrent une légère diminution dans le nombre de nouveaux cas de VHC. En Nouvelle-Écosse, le nombre de nouveaux cas d'infection par le VHC pour lesquels l'utilisation de drogues injectables a présenté un facteur de risque augmente avec le temps. En 2004, lorsque les facteurs de risque ont été établis, l'utilisation de drogues par injection a été reconnue comme facteur de risque dans 59 % des nouveaux cas de VHC. Une façon inappropriée d'utiliser l'OxyContin, tendance de plus en plus fréquente, peut avoir été une composante dans cette hausse. Chez la population de détenus sous responsabilité fédérale, on a constaté une augmentation de 20,1 % en 2000 à 25,2 % en 2004 dans la prévalence du VHC. Il faut noter que ces hausses dans les cas d'infection par le VHC peuvent s'expliquer par des changements dans les pratiques d'analyse ou indiquer le succès des campagnes de sensibilisation qui conseillent aux gens de subir des tests de dépistage. Cette évaluation nécessitera toutefois de la recherche qui doit être menée dans un contexte autre que la présente analyse de l'environnement.

Il est très difficile d'estimer le nombre d'utilisateurs de drogues injectables dans la région. Il n'est pas possible de dégager des tendances sur une base régionale ou provinciale relativement au nombre d'UDI. La seule méthode disponible pour estimer la prévalence de l'usage de drogues injectables est le nombre et la proportion de cas de VHC pour lesquels l'usage de drogues injectables a été mentionné comme un facteur de risque. En se basant sur cette méthode, l'étendue minimum de l'usage de drogues par injection semblerait être stable avec un minimum de 2 000 utilisateurs dans la région. Il est important de remarquer que ces chiffres représentent une estimation très conservatrice, puisqu'un pourcentage important de personnes atteintes du VHC n'a pas subi de tests de dépistage et, dans certains cas, peuvent avoir subi des tests de dépistage à l'extérieur de la région. De plus, les UDI ne contractent pas tous le VHC.

Cette analyse de l'environnement comprend une évaluation des programmes et des services qui portent sur la réduction des méfaits et qui sont actuellement disponibles. Étant donné les indications que nombre d'utilisateurs de drogues injectables commencent à consommer durant l'adolescence, il est important que les programmes de prévention primaire visent non seulement à éviter l'usage de drogues, mais aussi à éviter l'usage de drogues par injection, conforme avec une approche axée sur la réduction des méfaits. Il y a encore des lacunes en ce qui a trait à la disponibilité et à l'accessibilité des services en réduction des méfaits (p. ex., le programme d'échange de seringues et de traitement à la méthadone) pour beaucoup de gens qui habitent les régions rurales de l'Atlantique et pour les personnes vivant dans les établissements correctionnels. Pour les personnes incarcérées dans les prisons provinciales, des obstacles majeurs persistent au niveau de l'élaboration de politique et de la prestation de services pour l'accès au traitement à la méthadone et aux condoms. Les PÉS ne sont disponibles dans aucun établissement correctionnel provincial ou fédéral. Une augmentation dans la demande de services

offerts dans le cadre d'un PÉS n'a pas été suivie d'une hausse correspondante dans les budgets de fonctionnement. Les organismes communautaires dépendent des collectes de fonds pour maintenir ces services en réduction des méfaits qui s'avèrent très efficaces.

Un manque de places dans les programmes de traitement des dépenses pour les personnes qui en ont besoin est un problème qui sévit dans tout le Canada atlantique, surtout dans les communautés rurales et les petites municipalités. On constate également un nombre insuffisant de programmes de lutte contre les dépendances axés vers les jeunes et les femmes qui tiennent compte des besoins et des problèmes particuliers de ces sous-populations.

Les UDI doivent également surmonter des obstacles dans les services de santé puisqu'ils sont souvent victimes de préjugés et jugements catégoriques de la part des professionnels de la santé. Cela les amène à éviter d'aller chercher des soins de santé primaires à moins d'être très malades et d'avoir besoin de services d'urgence. Des efforts sont encore à faire pour mieux préparer et appuyer les professionnels de soins primaires pour offrir des soins primaires complets et uniformes aux utilisateurs de drogues injectables.

Il y a une importante lacune dans l'information sur l'usage de drogues par injection chez les Autochtones et les Canadiens de race noire. Les Autochtones semblent commencer à consommer des drogues à un plus jeune âge et doivent surmonter nombre d'obstacles afin de participer à des services de réduction des méfaits, notamment voyager de grandes distances et le manque de programmes adaptés à leur culture. Les Canadiens de race noire qui vivent au Canada atlantique sont confrontés aux défis relatifs à un taux de chômage et d'analphabétisme plus élevé que la moyenne, de même qu'à des problèmes associés à du logement inadéquat, ce qui augmente leur vulnérabilité pour les comportements à risque.[2]

LACUNES DANS LES PROGRAMMES ET LES POLITIQUES

Malgré le progrès accompli, il faut s'arrêter sans plus tarder à nombre de questions importantes relatives à l'injection de drogues au Canada atlantique. Cette analyse de l'environnement met en lumière certaines tendances ainsi que les lacunes dans les programmes et les politiques qui pourront orienter la planification future. Afin de faciliter la consultation et d'assurer un suivi ciblé dans l'amélioration des services et des politiques relevant de chaque compétence ou mandat, ces lacunes et tendances sont regroupées par programme ou politique.

Prévention de la toxicomanie

- Favoriser l'accès des enseignants et des parents aux ressources de formation leur permettant de discerner lorsqu'un jeune a besoin de traitement et comment avoir accès à ce traitement. Une prévention universelle, sélective ou indiquée, offerte à l'école et à la maison, permet de transformer les attitudes, les connaissances, les comportements et les conditions sociales de manière à réduire les risques que les gens, surtout les jeunes, ne commencent à consommer de l'alcool ou d'autres drogues

de façon inappropriée ou à s'y adonner de façon encore plus néfaste, notamment par injection.[3]

- La prévention de la toxicomanie doit reposer sur une approche axée sur la réduction des méfaits et refléter les réalités de la consommation de drogues par les jeunes. L'éducation et le counseling par les pairs sont très efficaces, y compris les techniques de négociation par les pairs, l'amélioration de l'estime de soi et la suggestion de loisirs sains comme solution de rechange à ces comportements. Les programmes doivent faire disparaître le côté mystique associé à l'injection et offrir de l'information sur les conséquences sur la santé de mélanger différents types de drogues, etc. L'éducation et l'approche par les pairs sont également de bonnes méthodes pour sensibiliser les personnes qui s'initient à la drogue par injection à la réduction des méfaits. On peut encourager les utilisateurs plus expérimentés, surtout ceux qui font appel aux PÉS, à effectuer des échanges collectifs de seringues et à agir comme mentors dans la réduction des risques liés à l'injection de drogues.
- La question d'une utilisation inappropriée des médicaments sur ordonnance indique la nécessité d'apporter des améliorations dans les pratiques de prescription des médicaments par les médecins de la région atlantique.

Bailleurs de fonds gouvernementaux et décideurs

- Une politique cohérente est nécessaire à l'égard d'une approche axée sur la réduction des méfaits. Il conviendrait d'encourager l'adoption officielle d'une approche de réduction des méfaits pour la planification et la prestation des programmes pour toutes les initiatives financées ou mises en œuvre par le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et territoriaux, les organismes non gouvernementaux et les communautés.
- Le leadership et la coordination sont indispensables pour intégrer une approche de réduction des méfaits afin de promouvoir l'implantation, l'accès et l'efficacité des programmes d'échange de seringues et réduire les barrières à tous les niveaux au Canada atlantique, incluant la mise en place de projets pilotes dans les services correctionnels. Il faudra travailler de concert avec les services policiers et la justice, les divers niveaux de gouvernements, les groupes communautaires et tout autre groupe.
- Il faudrait envisager de développer un mécanisme afin de coordonner les efforts des nombreux partenaires de la région qui travaillent à la réduction des méfaits pour maintenir des liens entre les programmes et les organisations et pour faciliter la création de partenariats entre les organismes communautaires et les chercheurs qui partagent des intérêts communs au niveau de la recherche sur des sujets particuliers relativement à l'usage de drogues par injection.
- L'intégration, dans les budgets de fonctionnement des autorités régionales de la santé et des gouvernements provinciaux, de PÉS et de services de traitement à la méthadone qui appuient les utilisateurs de drogues injectables contribuerait à assurer leur continuité. Les services essentiels de réduction des méfaits seraient assurés en

fonction des droits de la personne plutôt qu'en fonction d'un modèle qui repose sur la «charité» et qui nécessite de constantes collectes de fonds.

Approche communautaire et Programmes d'échange de seringues

- Les organismes qui offrent des soins, des services et des PÉS doivent voir à accroître l'accessibilité à leurs programmes, envisager des méthodes novatrices de sensibilisation, par exemple faciliter la présence d'échangeurs collectifs et «d'aidants naturels» chez les utilisateurs de drogues injectables qui travaillent auprès de cette population pour partager leurs connaissances sur la réduction des méfaits et offrir des services (p. ex., comme le font le Mainline Needle Exchange et la Coalition sur le SIDA du Cap-Breton).
- Les organismes doivent examiner les modifications à apporter à la prestation de services pour tenir compte des lieux d'injection publics tels que les gymnases et les centres de culture physique (pour les personnes qui se piquent avec des stéroïdes anabolisants), des heures d'ouverture davantage adaptées aux cultures (p.ex., les soirs et les fins de semaine), des partenariats potentiels avec les pharmacies et des sites d'injection itinérants. L'accessibilité peut également être accrue dans les régions rurales et les établissements correctionnels.
- Certaines personnes interviewées ont également réclamé l'établissement de lieux sécuritaires pour l'injection dans lesquels travailleraient des infirmières. On peut lire dans des rapports sur l'adoption de moyens non appropriés pour se défaire des seringues que l'installation de boîtes de dépôt de seringues réduirait le risque pour le grand public.

Traitement de la toxicomanie

- Il est indispensable d'accroître, dans toutes les régions du Canada atlantique, l'accès aux programmes de traitement d'entretien à la méthadone et d'examiner plus particulièrement des mécanismes pour offrir ces programmes dans les communautés rurales ou les petites municipalités par le biais d'un modèle complet de counseling et de soutien et mettre à contribution les médecins et les pharmacies de la région.
- Les programmes actuels de TEM pourraient être améliorés par une révision des règles et règlements pour assurer l'élimination des obstacles non nécessaires pour offrir des soins de qualité aux usagers de drogues injectables. Les fonctionnaires du gouvernement dans le secteur de la santé et les Collèges de médecins et de chirurgiens doivent s'assurer que des services complets sont disponibles pour les personnes traitées à la méthadone, incluant des soins de santé primaires, des services de counseling, d'éducation et de soutien.
- Il est indispensable d'augmenter, partout au Canada atlantique, le nombre de places dans les programmes de toxicomanie, y compris les programmes de toxicomanie axés vers les jeunes et les femmes qui tiennent compte des besoins et des problèmes particuliers de ces sous-populations.

Services primaires et services spécialisés

- Il est indispensable que les fournisseurs de soins de santé élargissent les services spécialisés pour améliorer l'accès aux services de santé qui ont un effet positif sur la santé et le mieux-être des utilisateurs de drogues injectables.
- Des programmes d'étude et de formation en cours d'emploi pour que les professionnels de la santé et des domaines connexes comprennent et soient informés des problèmes relatifs à l'utilisation des drogues injectables. Offrir une formation aux professionnels de la santé qui traite particulièrement du traitement à la méthadone, en collaboration avec des associations de professionnels de la santé, et pour les membres du personnel des salles d'urgence pour qu'ils sachent intervenir dans des situations de crise, comme la surdose, de manière à ce que les dispensateurs de soins directement concernés puissent fournir un traitement approprié aux personnes en crise.

Établissements correctionnels

- Dans les établissements correctionnels où les détenus s'injectent des drogues illégales, des projets pilotes doivent être mis en place pour rendre le matériel d'injection stérile disponible.
- Les gouvernements provinciaux doivent veiller à ce que des condoms, des digues dentaires et des lubrifiants à base d'eau soient accessibles et discrètement mis à la portée des détenus dans les établissements qui relèvent de leur compétence. Les pénitenciers fédéraux doivent s'assurer d'être conformes à la politique actuelle en rendant ces produits discrètement accessibles. Il faudrait également examiner la possibilité de favoriser l'accès à des pratiques de tatouage sécuritaires.
- Les administrateurs des pénitenciers provinciaux doivent examiner la possibilité d'offrir les programmes de TEM dans tous les établissements correctionnels provinciaux, pas seulement aux gens qui recevaient le traitement avant d'arriver dans l'établissement, mais également à ceux qui désirent entreprendre le traitement pendant leur incarcération. La disponibilité du TEM en milieu carcéral doit se compléter par une disponibilité du programme dans la communauté.
- Il faut s'assurer que les détenus atteints du VIH ou du VHC reçoivent des soins et des traitements comparables aux normes de soins dans la communauté, incluant des soins palliatifs, l'accès aux médicaments expérimentaux et les approches parallèles en santé.

Recherche et diffusion des connaissances

- Les ministères provinciaux de la santé doivent consacrer un plus grand nombre de ressources aux activités de surveillance des maladies. Les partenaires régionaux doivent mettre au point un cadre de référence pour colliger régulièrement des données par l'usage d'indicateurs convenus quant à l'usage des drogues par injection et ses répercussions; mettre au point les outils nécessaires pour rassembler et diffuser l'information et les données pertinentes et surveiller les progrès face à la solution de ce problème crucial. Il y a de la place à l'amélioration dans la surveillance des situations entourant l'usage des drogues par injection et ses répercussions au Canada

atlantique, grâce à la collecte de données, à des études ciblées et à des recherches pour évaluer les causes, les cofacteurs et l'efficacité des interventions.

- La recherche est indispensable pour promouvoir l'éducation et la diffusion des connaissances sur l'usage des drogues par injection, ses facteurs déterminants et ses effets sur la société et la santé. La recherche est également indispensable pour comprendre les attitudes des gens à l'égard des principes et de certaines stratégies de réduction des méfaits associés à l'usage de drogues injectables.
- D'autre recherche serait profitable pour combler le vide en matière d'information sur l'usage de drogues par injection chez les populations rurales, les Autochtones, les Canadiens de race noire, les immigrants, les Acadiens et les francophones et pour examiner les modèles d'intervention en réduction des méfaits qui ont connu du succès auprès des jeunes, notamment dans l'utilisation de l'OxyContin.
- Des évaluations de programme de meilleure qualité doivent être effectuées dans la région atlantique pour en savoir davantage sur l'efficacité des programmes pour les utilisateurs de drogues injectables. Un ensemble commun d'indicateurs sur l'utilisation des drogues par injection doit être développé pour la région.

INTRODUCTION

CONTEXTE

Utilisation de drogues injectables et transmission du VIH/VHC

Le Canada est en pleine crise de santé publique en ce qui concerne le VIH\sida, l'hépatite C (VHC) et l'usage de drogues par injection. La propagation du VIH et du VHC parmi les utilisateurs de drogues injectables du Canada requiert une attention sérieuse et immédiate. Plusieurs études ont documenté une hausse de la prévalence et l'incidence du VIH parmi les utilisateurs de drogues injectables dans les plus grandes villes du Canada, mais on constate également qu'elle est de plus en plus présente en dehors des grandes agglomérations urbaines.[4] La santé des UDI est une inquiétude en soi. Compte tenu de la mobilité géographique des utilisateurs de drogues injectables et de leurs interactions sociales et sexuelles avec les non-utilisateurs, le problème de l'infection au VIH et au VHC chez les UDI touche en bout de ligne toute la société canadienne. Les microépidémies du VIH et du VHC ne sont pas isolées au sein de certaines sous-populations, mais ont une incidence sur la population en général.

Au début des années 1980, l'épidémie d'infection par le VIH au Canada frappait surtout les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Durant la première moitié des années 1990, on a observé une hausse de la transmission du virus chez les utilisateurs de drogues par injection, à tel point qu'en 1999, environ 34 % des quelque 4 190 nouvelles infections par le VIH recensées au Canada cette année-là sont survenues chez des UDI. Les estimations nationales de l'incidence du VIH en 2002 indiquent une légère diminution, 30 %, du nombre de nouvelles infections chez les UDI (800 à 1 600 sur un total de 2 800 à 5 200 nouvelles infections). Les données de surveillance en date du 30 juin 2004 indiquent qu'en 2003, 18,4 % des rapports de test positif pour le VIH chez les adultes transmis au Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses de l'Agence de santé publique du Canada étaient attribuables à l'injection de drogues, ce qui constitue une diminution par rapport à un sommet d'un peu plus de 33 % enregistré en 1996 et en 1997. Selon les données les plus récentes publiées par les centres sentinelles de Santé Canada de l'ensemble du pays, de 55 % à 80 % des utilisateurs de drogues injectables ont des résultats positifs aux tests du VHC.[5] Au Canada atlantique, entre 2000 et 2004, l'utilisation de drogues injectables constituait un facteur de risque identifié dans 38 % des nouveaux cas de VIH signalés au Nouveau-Brunswick, 52 % à l'Île-du-Prince-Édouard et en Nouvelle-Écosse et dans 10 % des nouveaux cas signalés à Terre-Neuve-et-Labrador. En ce qui à trait au VHC, l'utilisation de drogues injectables constituait un facteur de risque identifié dans 24 % à 59 % des cas signalés au Canada atlantique.[6,7]

Réduction des méfaits

La réduction des méfaits est une approche de santé publique ou une philosophie qui met principalement l'accent sur la réduction des conséquences négatives de la consommation de drogues. Cette approche s'oppose à l'abstentionnisme, une politique dominante en Amérique du Nord, qui vise à réduire la prévalence de la toxicomanie. La stratégie de réduction des méfaits tente d'atténuer les problèmes liés à la consommation de drogues et reconnaît que l'abstinence n'est pas le seul objectif acceptable ou important.[8] La réduction des méfaits vise plutôt à fournir ou améliorer les compétences, les connaissances, les ressources et le soutien dont les utilisateurs de drogues injectables ont besoin pour mieux se protéger et être en meilleure santé. La réduction des méfaits suppose l'instauration d'objectifs hiérarchisés aboutissant à la consommation à risques réduits ou, éventuellement, à l'abstinence et devant être atteints par étapes successives, en commençant par les objectifs immédiats et plus réalistes. Cette approche est donc éminemment pragmatique.[9] Cette approche est fondée sur la conviction qu'une condamnation morale des groupes à risque entraînerait une réduction des contacts avec les services de santé allant donc à l'encontre du but recherché et que la majorité des utilisateurs de drogues sont prêts et capables d'adopter de nouveaux comportements si la conjoncture voulue existe. La philosophie de la réduction des méfaits :[10]

Réduction des méfaits
La réduction des méfaits est une approche de santé publique qui vise à traiter des questions liées aux drogues et qui met principalement l'accent sur la réduction des conséquences négatives de la consommation de drogues plutôt que sur l'élimination de la consommation des drogues ou l'abstinence.

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

- considère les comportements à risque comme une réalité naturelle de notre monde et elle suggère que notre travail vise à réduire leurs effets néfastes plutôt que de se concentrer sur le but de faire cesser ces comportements.
- nécessite que les individus auxquels s'adressent les programmes et les services participent à la création de ces programmes, et/ou à la fourniture des programmes et services qui sont conçus pour eux. Ces programmes et services doivent être offerts sans préjugé et sans contrainte.
- reconnaît que la pauvreté, les préjugés de classe socio-économique, le racisme, l'homophobie, l'isolement social, les traumatismes vécus et d'autres iniquités sociales ont une influence sur la vulnérabilité des gens ainsi que sur leur capacité de s'occuper adéquatement des comportements à risque.

Voir l'Annexe 1 pour une liste des termes et des concepts qui explicite le continuum des modèles d'utilisation de drogues et la démarche médicale et axée sur la santé à l'intérieur desquels l'utilisation des drogues est traitée dans le présent document.

Vulnérabilités liées à l'utilisation de drogues injectables

L'utilisation de drogues par injection est liée à plusieurs enjeux de santé, notamment la surdose, le suicide, la transmission des maladies comme le VIH, le VHC et les autres

infections transmissibles par le sang, les abcès, les infections, la malnutrition, l'endocardite et les mélanges de drogues dangereux. Le partage (prêt ou emprunt) d'aiguilles ou de seringues constitue un mode reconnu de transmission du VIH et du VHC et est relativement fréquent chez les utilisateurs de drogues injectables. La majorité des méfaits associés à l'usage de drogues par injection est souvent le résultat d'une accessibilité limitée aux seringues, une mauvaise hygiène entourant l'auto-injection et des techniques d'injection inadéquates. S'injecter des drogues avec des seringues qui ont été utilisées à plusieurs reprises produit des perforations plus grandes que nécessaire pouvant provoquer chez les utilisateurs réguliers ou fréquents des lésions cutanées, du tissu cicatriciel et de la cicatrisation veineuse. Une utilisation répétée des endroits qui ont été endommagés et de techniques d'injection inadéquates peut entraîner la formation d'abcès, l'ulcération, la cicatrisation veineuse et des problèmes du système circulatoire lorsque les veines coagulent ou s'effondrent.

Une peau ou des seringues, des aiguilles et d'autres accessoires non stérilisés peuvent propager divers agents infectieux. L'utilisation de matériel d'injection contaminé par le sang de quelqu'un d'autre peut non seulement transmettre le VIH ou l'hépatite virale, mais également être la cause d'infections bactériennes dues à la présence de micro-organismes sur la surface de la peau. L'eau utilisée pour la préparation des drogues pour l'injection peut être une autre source de bactéries, de virus et d'autres agents infectieux. Même les utilisateurs de drogues injectables les plus habiletés qui utilisent du matériel d'injection stérilisé et une peau propre ne peuvent prévenir l'injection des diluants insolubles (ou nocifs) et des impuretés que contiennent la plupart des drogues vendues sur le marché noir. La malnutrition, le manque de sommeil, une mauvaise hygiène personnelle, des niveaux de stress élevé, un logement inadéquat et la pauvreté – défis en matière de santé auxquels sont confrontés plusieurs UDI – ont un effet négatif sur le système immunitaire et aggravent souvent tous les méfaits décrits précédemment. De plus, les propriétés analgésiques et pour enrayer la toux des opiacés fonctionnent de façon à masquer les symptômes d'une maladie ou d'une blessure existante jusqu'à ce que celle-ci devienne sérieuse.

Les utilisateurs de drogues injectables ont souvent des antécédents d'abus lors de l'enfance, d'exploitation sexuelle, de maladie mentale, d'incarcération et sont souvent sans logement. L'utilisation de ces drogues – une activité illégale – a pour effet de marginaliser encore davantage ces personnes, ce qui rend difficile de les soutenir avec des services. L'insatisfaction et la peur ou la méfiance à l'égard des institutions médicales a un effet négatif additionnel sur la volonté des UDI de prendre des dispositions pour améliorer ou maintenir leur état de santé. Les informateurs clés ont souligné que la consommation excessive d'alcool est, dans la région atlantique, le problème le plus fréquent lié à la consommation. Les UDI rapportent souvent qu'ils consommaient aussi de l'alcool la première fois qu'ils ont utilisé des drogues injectables ou partagé des seringues.

JUSTIFICATION

Le bureau régional de l'Atlantique de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada (maintenant le bureau régional de l'Atlantique de

l'Agence de santé publique du Canada) a commandé en 2000 une étude sur l'analyse de l'environnement pour dresser un profil de l'utilisation de drogues injectables dans les quatre provinces de l'Atlantique. À ce moment, il existait très peu d'information régionale sur l'usage des drogues par injection et sur la réduction des méfaits. Le document *Profil de l'utilisation de drogues injectables au Canada atlantique*[11] a fait état des résultats de cette étude et a fourni des renseignements de base sur ce qu'on savait à ce moment sur l'usage de drogues injectables dans la région. Le document expliquait en détail quels types de drogues sont injectables, les drogues préférées, les lieux d'injection et offrait de l'information sur les caractéristiques démographiques (sexe, âge, etc.), sur la prévalence du VIH et du VHC ainsi que sur les comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables de la région.

Les intervenants de la région ont reconnu que depuis 2000 d'importants progrès ont été réalisés au Canada atlantique, de même qu'à l'échelle du pays, en ce qui a trait à la réduction des méfaits. Nombre de ces accomplissements ont été possibles grâce à la création de partenariats efficaces entre les intervenants qui travaillent chacun avec des populations différentes et fournissent de l'aide dans les différents aspects de la vie d'une personne. Cette approche axée sur la santé de la population se reflète dans plusieurs réalisations importantes dans la région de l'Atlantique :

- réalisation de stratégies provinciales sur le VIH/sida en Nouvelle-Écosse et mise en œuvre d'un processus pour l'élaboration d'une stratégie pour Terre-Neuve-et-Labrador
- élaboration de la stratégie de pathogènes à diffusion hématogène de la Nouvelle-Écosse
- mise en œuvre de programmes de traitement à la méthadone au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse
- élaboration d'une politique sur la réduction des méfaits à l'Île-du-Prince-Édouard
- création d'un Centre de recherche en toxicomanie à l'Île-du-Prince-Édouard
- création de réseaux entre les directeurs provinciaux des services de toxicomanie dans la région de l'Atlantique et la revitalisation de la Stratégie canadienne antidrogue (SCA)
- formation du groupe de travail sur l'OxyContin à Terre-Neuve-et-Labrador et du partenariat communautaire sur l'abus des médicaments prescrits au Cap-Breton (Nouvelle-Écosse).

Les actions politiques au niveau national ont également eu des répercussions sur l'environnement du programme et l'environnement politique au Canada atlantique :

- annonce du plan d'action du Canada sur le VIH/sida tel que défini dans le document *Renforcer l'intervention fédérale dans la réponse du Canada au VIH/sida : L'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada*[12] et *Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida (2005-2010)*[13]
- établissement par Service correctionnel du Canada d'un accès universel aux programmes de traitement à la méthadone et d'un projet pilote de tatouage sécuritaire dans six pénitenciers

- discussion d'un programme pilote d'échange de seringues (PÉS) par Service correctionnel du Canada
- élaboration par Service correctionnel du Canada en collaboration avec la Société John Howard d'un programme d'éducation par les pairs sur le VHC
- financement de 200 000 $ pour la revitalisation de la Stratégie canadienne antidrogue (SCA) pour les programmes de promotion de la santé, de prévention et de réduction des méfaits
- organisation d'une session de réflexion sur la méthadone et discussion de l'accès aux services pour les femmes incarcérées
- financement de 460 000 $ du ministère de la Justice Canada pour la mise en œuvre de Tribunaux de traitement de la toxicomanie
- mise en place d'un projet pilote d'un site d'injection supervisé et de traitement par prescription d'héroïne à Vancouver, avec un processus d'évaluation financé par la Stratégie canadienne antidrogue
- lancement de l'enquête pilote I-Track, système de surveillance amélioré des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues par injection, par le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses de l'Agence de santé publique du Canada.

Dans l'ensemble, les organismes communautaires ont grandement contribué aux efforts visant à répondre aux besoins des toxicomanes et à aider les gens à s'adapter, dans les communautés et dans les institutions, aux incidences que cela peut avoir sur leur vie. Les organismes communautaires ont offert du leadership pour assurer l'évolution des programmes de toxicomanie et de réduction des méfaits, de la distribution d'outils sur la réduction des méfaits (par exemple la distribution de seringues stériles et de matériel pour la consommation de crack), au soutien direct aux gens, à une participation accrue à l'élaboration des décisions stratégiques.

La réduction des méfaits est une priorité importante de l'Agence de santé publique du Canada qui utilise cette approche pour guider ses programmes sur le VHC et le VIH/sida ainsi que les projets communautaires. Le bureau régional de l'Atlantique de l'Agence de santé publique du Canada a tenu deux forums régionaux sur la réduction des méfaits (en janvier 2003 et en mars 2004) qui ont réuni des intervenants clés pour promouvoir la compréhension, pour bâtir des partenariats et accroître la sensibilisation aux initiatives sur la réduction des méfaits au Canada atlantique, notamment celles relatives à l'utilisation de drogues injectables. Ces forums ont permis de réunir des représentants des gouvernements provinciaux des quatre provinces, de Service correctionnel du Canada, du Centre de recherche sur la toxicomanie, d'organismes communautaires et de l'Agence de santé publique du Canada de Santé Canada.

Nombre d'intervenants ont reconnu que des virages importants dans l'utilisation de drogues injectables sont survenus au Canada atlantique depuis 2000 (c.-à-d., la portée de l'enjeu, les types de drogues, les initiatives gouvernementales et communautaires), et qu'une information à jour était nécessaire pour déterminer les priorités pour une approche stratégique en santé publique et une collaboration intersectorielle. Sur des perspectives variées, les participants au Forum sur la réduction des méfaits tenu en 2004 sont arrivés au consensus que le «milieu de la drogue» du Canada atlantique a changé de façon

importante depuis 2000. L'utilisation des drogues injectables est une inquiétude croissante dans les communautés de l'Atlantique en raison d'indicateurs tels que le nombre de seringues trouvées, la demande plus importante pour des programmes d'échange de seringues et de traitement à la méthadone, la hausse de l'usage non médical de médicaments prescrits et de l'attention plus soutenue qu'on accorde à cet enjeu dans les médias. Les intervenants des gouvernements et des organismes non gouvernementaux ont reconnu que les efforts déployés pour tenter de remédier à l'ensemble des enjeux sur l'utilisation des drogues doivent être précédés d'une collecte des informations actuelles pour permettre une prise de décision factuelle au sein des divers programmes et contextes politiques. Les participants du forum ont donc recommandé que l'analyse de l'environnement 2000 soit actualisée.

OBJET

Considérant que la situation au Canada atlantique a évolué depuis 2000 en ce qui a trait à l'utilisation de drogues injectables, le bureau régional de l'Atlantique de l'Agence de santé publique du Canada a commandé en 2005 une nouvelle analyse de l'environnement afin d'actualiser l'étude de 2000. Cette analyse visait à décrire l'utilisation des drogues injectables et du crack ainsi que les autres activités liées à la drogue au Canada atlantique pouvant mettre des personnes à risque de contracter le VHC et le VIH. L'étude devait renfermer de l'information sur la prévalence et la distribution du VHC et du VIH dans la région; la prévalence des autres affections liées à l'usage des drogues; une analyse de l'utilisation des drogues injectables du point de vue des inégalités sociales et économiques; et un recensement des services reliés à l'utilisation de drogues injectables et des autres services connexes disponibles dans la région, par exemple, la prévention, la réduction des méfaits et les programmes de traitement – leur emplacement, les bailleurs de fonds, les incidences, de même que les forces et faiblesses dans le continuum des services de prévention, de réduction des méfaits et de traitement. Bref, l'analyse de l'environnement 2005 visait à faire fond sur l'information et l'analyse fournies par le *Profil de l'utilisation de drogues injectables au Canada atlantique* publié en 2000.

Le présent rapport présente les résultats de l'analyse de l'environnement 2005 et comprend un examen approfondi du portrait actuel de l'utilisation de drogues et des enjeux connexes au Canada atlantique.

Ce document devrait jouer un rôle important pour renforcer la base de données probantes en précisant l'ampleur, et les problèmes qui y sont associés, de l'utilisation des drogues injectables au Canada atlantique; cerner les tendances et les caractéristiques de l'utilisation de drogues injectables chez les sous-populations et les provinces; et documenter les programmes, les services et les interventions stratégiques conçus expressément pour les utilisateurs de drogues injectables, y compris les forces et les faiblesses de ces initiatives.

POPULATION CIBLE

Le bureau régional de l'Atlantique de l'Agence de santé publique du Canada prévoit utiliser ce document pour guider la création et le renforcement de partenariats et d'efforts

collectifs entre les secteurs, les intervenants et les secteurs de compétence. Ce document servirait également à orienter la programmation et les interventions de santé publique fondées sur des politiques à l'endroit des problèmes liés à l'utilisation des drogues injectables dans la région. D'autres intervenants peuvent utiliser le document pour les aider dans leurs efforts à obtenir du financement pour les programmes de réduction des méfaits, à promouvoir et accroître le soutien public pour des services de réduction des méfaits dans leurs communautés et provinces, à accroître la connaissance des réalités régionales relativement à l'usage des drogues injectables et à revendiquer l'expansion des programmes et des services actuels dans les régions et les populations où il existe des lacunes ou de grandes disparités sur le plan de la santé pour les populations vulnérables.

Puisque le document sera utilisé de diverses façons et pour des objectifs variés, il se devra d'être équilibré, respectueux et inclusif des philosophies, des approches et des priorités d'une vaste gamme d'intervenants, des stratèges gouvernementaux aux organismes populaires communautaires. Ces intervenants comprennent le bureau régional de l'Atlantique de l'Agence de santé publique du Canada, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et la Stratégie canadienne antidrogue de Santé Canada, Service correctionnel du Canada, Sécurité publique et Protection civile Canada; les ministères provinciaux responsables de la santé, des services correctionnels et de la toxicomanie; les organismes communautaires actifs dans le domaine du VIH/sida; les groupes de pairs qui utilisent des drogues injectables; les organismes de lutte contre l'hépatite C; les organismes de service correctionnel; les dispensateurs d'échange de seringues; et les partenaires dans le traitement à la méthadone. Le document sera traduit, publié dans les deux langues officielles par le bureau régional de l'Atlantique de l'Agence de santé publique du Canada et diffusé largement aux intervenants qui travaillent à la réduction des méfaits dans le Canada atlantique.

MÉTHODE

La demande de proposition pour effectuer l'analyse de l'environnement, élaborée par le bureau régional de l'Atlantique de l'Agence de santé publique du Canada en collaboration avec des organismes communautaires et des partenaires des gouvernements provinciaux, a été publiée en janvier 2005. Les services de la société Pyra Management Consulting Services, consultants indépendants en évaluation, ont été retenus pour mener l'analyse de l'environnement et effectuer l'élaboration d'un questionnaire, la collecte et l'analyse des données ainsi que la rédaction du rapport final. Afin d'aider à orienter l'analyse de l'environnement, les consultants ont travaillé en étroite collaboration avec le personnel du bureau régional de l'Atlantique de l'Agence de santé publique du Canada, de même qu'avec un Comité consultatif, un sous-groupe du Forum sur la réduction des méfaits. Le Comité consultatif était composé de représentants du bureau régional de l'Atlantique de l'Agence de santé publique du Canada, de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada et de la Stratégie canadienne antidrogue, d'autres ministères fédéraux, des gouvernements provinciaux et des organismes communautaires. Les outils de collecte de données ont été élaborés en fonction des données fournies par le Comité consultatif et les outils de collecte de données utilisés pour l'étude de 2000. L'analyse de l'environnement a été menée de mars à août 2005 et le rapport pour le projet a été modifié à nouveau en janvier 2006.

Cette analyse de l'environnement a été réalisée au moyen de deux méthodes principales de collectes de données : 1) une étude documentaire et 2) des entrevues avec les informateurs clés et avec des utilisateurs de drogues injectables. Les entrevues qualitatives consistaient en des entrevues téléphoniques seul à seul avec les personnes (informateurs clés) qui travaillent régulièrement auprès des UDI et des entrevues face à face avec les utilisateurs de drogues injectables eux-mêmes. Ces dernières étaient menées par des personnes des organismes communautaires qui avaient déjà établi des relations de confiance avec les utilisateurs de drogues injectables. On demandait à ces répondants de fonder leurs réponses sur leur expérience relativement à l'utilisation de drogues injectables dans la communauté plutôt que sur leur propre comportement. Des personnes des communautés suivantes ont accepté d'être interrogées dans le cadre de ce projet :

- Nouveau-Brunswick : Moncton, Saint John
- Terre-Neuve-et-Labrador : St. John's
- Nouvelle-Écosse : Halifax, Sydney
- Île-du-Prince-Édouard : Charlottetown.

Le bureau atlantique de l'Agence de santé publique du Canada a octroyé des fonds pour payer les intervieweurs et offert un honoraire à chaque personne qui a participé aux entrevues. Les données tirées des entrevues ont été consignées au moyen de notes complètes et analysées par les consultants en évaluation.

Outre les entrevues, des rapports et des articles publiés durant les cinq dernières années sur l'usage des drogues injectables dans les provinces de l'Atlantique et ailleurs au Canada ont été signalés par les membres du Comité consultatif. Ces rapports ont été examinés pour des fins de comparaison avec les tendances mises en lumière dans les données tirées des entrevues et pour combler les lacunes potentielles dans l'information recueillie lors des entrevues. L'Annexe II du présent rapport décrit plus en détail les méthodes de recherche utilisées. Les outils de collecte de données sont inclus à l'Annexe III.

LIMITES DE L'ÉTUDE

L'entrevue qualitative est de caractère exploratoire et offre donc des indications riches et précieuses sur les opinions et les expériences des gens, mais elle n'a pas pour but de généraliser ou de quantifier. Une limite particulière à cette étude qualitative, c'est que les entrevues avec les utilisateurs de drogues injectables et les informateurs clés n'ont pas été enregistrées. Les intervieweurs ont fait tout leur possible pour enregistrer textuellement les commentaires des répondants. L'analyse de données présentée dans ce rapport est représentative des efforts des intervieweurs de reproduire le plus fidèlement possible les propos tenus lors des entrevues. De plus, les données n'étaient pas totalement fiables puisqu'elles reposaient sur des rapports de seconde main sur les enjeux et les comportements des utilisateurs de drogues injectables sans demander directement à ces derniers de raconter leur propre vécu. Compte tenu des efforts pour minimiser les problèmes d'ordre moral, ces comptes rendus de seconde main étaient un compromis et portent moins atteinte aux droits des utilisateurs de drogues injectables.

À l'origine, le bureau régional de l'Atlantique de l'Agence de santé publique du Canada prévoyait examiner les effets des déterminants de la santé et les liens entre les inégalités sociales et économiques ainsi que la prévalence de l'utilisation des drogues injectables. Bien qu'il reconnaissait l'importance de cet enjeu, le Comité consultatif convenait qu'une analyse exhaustive de ces liens nécessitait un projet de recherche qui déborde le cadre de cette analyse de l'environnement. Quoique les questions aux informateurs clés comprenaient une question sur les inégalités sociales et économiques, cet enjeu n'était pas un des principaux objects de la présente étude.

Un autre objectif de l'analyse de l'environnement était d'estimer la prévalence de l'usage de drogues injectables au Canada atlantique. Les experts en épidémiologie ont été consultés relativement aux meilleurs moyens de fournir une estimation de la prévalence. On a laissé entendre que cette tâche nécessitait des ressources plus importantes que celles disponibles dans le cadre de cette analyse de l'environnement.

UNE APPROCHE AXÉE SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION POUR COMPRENDRE L'USAGE DES DROGUES INJECTABLES

SANTÉ DE LA POPULATION

L'approche axée sur la santé de la population vise à maintenir et à améliorer l'état de santé d'une population entière et à réduire les inégalités en matière de santé entre différents groupes démographiques. Pour atteindre ces objectifs, cette discipline se penche sur le vaste éventail de facteurs et de conditions (communément appelés déterminants de la santé) – et leurs interactions – exerçant le plus d'incidence sur la santé tout au long de la vie. Les connaissances obtenues servent à la formulation et à la mise en œuvre de politiques et de mesures destinées à améliorer la santé. Les mesures qui entraînent une bonne santé engendrent également des avantages plus importants pour la population en général sur le plan social, économique et environnemental. Ces bienfaits comprennent un système de santé durable et équitable, le raffermissement de la cohésion sociale et l'engagement des citoyens, la poursuite de la croissance et de la productivité et une meilleure qualité de vie.

Principaux déterminants de la santé :

- Niveau de revenu et statut social
- Réseaux de soutien social
- Éducation et alphabétisation
- Emploi et conditions de travail
- Environnements sociaux
- Environnements physiques
- Habitudes de santé et capacité d'adaptation personnelle
- Développement de la petite enfance
- Patrimoine biologique et génétique
- Services de santé
- Sexe
- Culture

Agence de santé publique du Canada

Dans l'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada* on précise que le gouvernement du Canada et ses partenaires «…vont travailler en visant un Canada débarrassé du VIH et du sida ainsi que des conditions sous-jacentes qui rendent les Canadiens vulnérables à l'épidémie.» Selon l'*Initiative fédérale*, on doit se préoccuper du VIH/sida d'un point de vue biologique, mais aussi du point de vue social, économique et des droits de la personne, ce qui signifie qu'il faut tenir compte des causes profondes de l'épidémie, des déterminants de la santé et d'autres aspects de l'épidémie. Les programmes et les politiques de réduction des méfaits devraient donc refléter les causes profondes de la toxicomanie et de l'infection par le VIH et le VHC liées à la situation sociale, économique ou ethnoculturelle de la personne, à son comportement, à son âge ou aux vulnérabilités liées à son sexe.

LIENS ENTRE L'EXCLUSION SOCIOÉCONOMIQUE ET LA SANTÉ

Les termes «iniquité» et «inégalité» sont utilisés dans cette analyse de l'environnement pour refléter les vulnérabilités sous-jacentes qui rendent certaines personnes plus à risque des méfaits liés à l'utilisation de drogues injectables. Le terme «inégalité» en santé est généralement utilisé comme un terme *descriptif* pour désigner les disparités entre les groupes. L'iniquité en santé est un terme davantage *normatif* associé à la justice sociale et aux droits de la personne. Ainsi, les iniquités font référence aux inégalités matérielles,

sociales, fondées sur le sexe, la race ou le revenu, et d'autres inégalités socioéconomiques qui sont hors du contrôle des particuliers et sont donc considérées inéquitables et injustes. Les iniquités dans la société découlent de systèmes culturels, sociaux et économiques qui peuvent être changés. Ces iniquités favorisent l'apparition de tous les types de maladies chroniques, y compris les maladies transmissibles et non transmissibles et les troubles mentaux. Les groupes à faible revenu, en moyenne, présentent des taux plus élevés de maladies chroniques et de mortalités que les groupes plus riches. Des preuves démontrent que les interventions qui misent principalement à modifier les comportements indésirables ont entraîné une augmentation des iniquités. Pour que les stratégies s'attaquent aux causes profondes des iniquités, elles doivent mettre l'accent sur les facteurs sociaux et économiques.[14]

Le Canada atlantique présente un plus grand nombre d'iniquités sociales, économiques et sanitaires et des taux plus élevés de maladies chroniques comparativement au reste du Canada. La région a un profil de santé généralement plus négatif, des revenus plus faibles, des taux plus élevés de chômage et une plus petite part proportionnelle de la richesse nationale comparativement aux autres régions du Canada. On observe également des différences marquées entre les provinces de l'Atlantique et au sein de celles-ci. L'exclusion socioéconomique crée des iniquités qui privent les groupes vulnérables des ressources dont ils ont besoin pour mener des vies saines et satisfaisantes en tant que membres actifs de la société. Les gens exclus de la société sur les plans social et économique souffrent de sentiments de vulnérabilité, d'incapacité et de désespoir. Ces sentiments d'être exclu sont, à leur tour, fortement corrélés aux comportements à risque associés à la toxicomanie et à des pratiques sexuelles non protégées. Les conditions socioéconomiques défavorables sont associées à une prévalence plus élevée de presque tous les types de maladies chroniques, y compris les maladies transmissibles et non transmissibles et les problèmes de santé mentale.[15]

Une enquête sur le ressort psychologique[16] menée dans trois petites communautés côtières de la Nouvelle-Écosse et de Terre-Neuve-et-Labrador a examiné les indicateurs de facteurs de risque, de facteurs de protection et de résultats (aussi bien positifs que négatifs). Le désavantage sur le plan économique, la détresse et la misère constituaient les facteurs de risque ou les défis mentionnés le plus fréquemment par les membres de la communauté. L'apathie et la colère collective se manifestaient dans la tendance de quelques-uns des résidants à blâmer des forces à l'extérieur et à l'intérieur de la communauté, ainsi que dans l'expression de sentiments d'impuissance et de rancoeur. Malgré les activités de développement communautaire en cours dans les trois communautés, le degré de participation des citoyens dans le fonctionnement de la communauté était faible. Des résistances et des divisions culturelles se manifestaient dans les deux communautés acadiennes de Chéticamp et de l'Île Madame en Nouvelle-Écosse. Le niveau inférieur en éducation constituait un problème surtout chez les travailleurs déplacés. L'isolement géographique était un obstacle pour les personnes ne possédant pas de moyen de transport et l'isolement social posait des problèmes aux quelques nouveaux venus. On a trouvé sept thèmes parmi les facteurs de risque : désavantage sur le plan économique et chômage, apathie et colère collectives, faible participation dans le

fonctionnement et le développement de la communauté, résistances culturelles, niveaux peu élevés de littératie et d'éducation, isolement géographique, et isolement social. Les communautés où l'on retrouve ces facteurs de risque ont mentionné la consommation d'alcool et de drogues comme de graves problèmes de société :

> *Je ne suis pas un expert, mais je suis certain qu'avec le stress de l'inquiétude quant aux sources de revenus – je veux dire que si vous ramenez le stress à la maison, la violence, l'abus, l'alcool, la drogue, tout ça vient avec. Je sais qu'il n'y a pas si longtemps, j'étais, semble-t-il, dans ce milieu [où] on cherche une solution dans la drogue et l'alcool.*[17]

Cette étude appuie l'idée selon laquelle l'exclusion socioéconomique est associée à des taux plus élevés de comportements à risque et de problèmes de santé mentale (y compris la toxicomanie). Les mécanismes matérialiste, psychosocial et politico-économique qui favorisent l'apparition des maladies chroniques dans la société sont des cadres très utiles pour comprendre les effets des iniquités et de l'exclusion socioéconomique sur la santé :

- Le mécanisme matérialiste porte sur le manque de ressources, par exemple, le revenu insuffisant, les environnements toxiques, le manque de logements à prix abordable et l'accès limité à l'éducation et à l'emploi.
- Le mécanisme psychosocial cherche à déterminer comment ces facteurs matériels se traduisent en facteurs biologiques, tels que le stress chronique, qui peuvent ensuite être des causes de maladies. Il permet également d'expliquer comment des problèmes sociaux, tels que le manque de soutien social, la discrimination et le manque de connexion avec les infrastructures sociales, comme le pouvoir décisionnel politique et les institutions financières, peuvent favoriser l'apparition de maladies.
- Le mécanisme politico-économique porte sur les causes fondamentales structurales des maladies chroniques. Il permet de repérer les causes et de comprendre leurs effets. Quels sont les systèmes, les structures et les politiques qui créent la pauvreté et le stress social?

L'approche axée sur la santé de la population reconnaît le rôle des facteurs socioéconomiques et vise explicitement à réduire les iniquités en santé chez les groupes vulnérables et ainsi à améliorer la santé de l'ensemble de la population. La présente analyse de l'environnement cherche à mettre cette approche en application sur les enjeux associés à l'utilisation des drogues injectables au Canada atlantique.

LIENS ENTRE LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ ET L'UTILISATION DE DROGUES INJECTABLES

En 1974, Santé et Bien-être Canada a publié un rapport historique intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens.* Le Rapport Lalonde, comme on l'appelle, reconnaissait l'existence des facteurs de risque comportementaux spécifiques des

maladies chroniques. L'activité sexuelle non protégée et l'utilisation de drogues injectables sont maintenant considérées comme des facteurs de risque comportementaux des maladies chroniques transmissibles telles que le VIH/sida et l'hépatite C et les déterminants de la santé s'appliquent à ces comportements au même titre que l'usage du tabac, une mauvaise alimentation, le manque d'exercice, l'embonpoint et l'alcoolisme.

Dans la présente étude, on demandait aux informateurs clés de réfléchir aux utilisateurs de drogues injectables de leur communauté et de se questionner sur ce qu'ils savent de leurs conditions de vie, par exemple, où ils vivent, s'ils ont un emploi et où ils travaillent, quelles sont leur formation scolaire et situation familiale. D'après leur connaissance des utilisateurs de drogues injectables de leur communauté, les informateurs clés devaient penser aux obstacles qui, selon eux, ont une incidence sur les utilisateurs de drogues injectables. Les obstacles les plus souvent mentionnés par la majorité des répondants étaient :

- manque de logement
- problèmes à trouver et conserver un emploi
- pauvreté
- manque de réseaux de soutien social
- antécédents familiaux d'abus et de violence
- stigmatisation et discrimination, surtout lorsqu'ils tentent d'avoir accès à des services de santé
- accès limité aux services de santé appropriés
- manque d'instruction
- maladie mentale.

Tous ces obstacles ont été décrits dans la documentation.[18,19,20,21,22] L'enquête pilote I-Track effectuée en 2002 signale que 55,5% des participants à l'étude n'avaient pas terminé leurs études secondaires.[23] Une étude démontre que le pourcentage de personnes n'ayant pas terminé leur secondaire et qui s'injectent de la drogue est de 63 % dans une communauté semi-rurale de la Nouvelle-Écosse.[24] On a rapporté un taux de chômage de l'ordre de 85 % chez les utilisateurs de drogues injectables parmi les participants à une évaluation d'un programme communautaire de traitement à la méthadone en Nouvelle-Écosse.[25] Ce taux semble correspondre aux résultats de l'évaluation des besoins effectuée à Fredericton au Nouveau-Brunswick,[26] et aux autres études menées ailleurs au Canada.[27]

L'âge de la première injection varie selon les communautés, mais la moyenne canadienne se situe à la fin de l'adolescence ou au début de la vingtaine. Les réseaux de soutien social et la disponibilité des drogues injectables sont des facteurs qui influencent l'initiation et la poursuite de l'usage de drogues injectables. Toutefois, certains groupes et personnes sont plus susceptibles que d'autres, surtout les jeunes de la rue, les Autochtones, les détenus et les travailleurs du sexe. De plus, nombre d'utilisateurs de drogues injectables font état d'antécédents de violence physique, affective ou sexuelle. Pour bon nombre d'Autochtones, une perte de la culture, la pauvreté, le manque

d'éducation, une structure familiale instable et le manque de réseaux de soutien social accroissent leur vulnérabilité à l'usage de drogues par injection.

Selon plusieurs informateurs clés et utilisateurs de drogues par injection qui ont participé à cette analyse de l'environnement, certaines conditions socio-économiques importantes prédisposent à la toxicomanie et à l'usage de drogues injectables. Le rapport *A Socio-Demographic Profile of Drug Users in Canada* publié en 2000 précise toutefois qu'il n'y a pas de relation linéaire évidente entre le revenu et l'utilisation de drogues injectables.[28] En outre, les études examinées pour la rédaction de ce rapport concluent qu'il y a deux groupes de revenu où l'on constate une consommation plus élevée que la moyenne – les groupes à faible revenu et les groupes avec un revenu plus élevé.[29] Cette question a également été abordée par quelques informateurs clés lors des entrevues. Ils ont souligné l'importance de ne pas présumer que tous les utilisateurs de drogues injectables vivent dans la pauvreté. Certains utilisateurs de drogues par injection qui ont été interviewés ont néanmoins reconnu le rôle que joue la pauvreté dans l'utilisation de ces drogues. Ils ont également mentionné que les personnes à faible revenu sont plus susceptibles de partager le matériel d'injection puisqu'elles n'ont pas les ressources pour en acheter du nouveau.

En général, il existe un lien étroit entre les iniquités socioéconomiques et l'utilisation des drogues injectables. Les personnes qui s'injectent des drogues sont plus susceptibles de connaître l'itinérance et le chômage, d'avoir un faible niveau de scolarité, un antécédent de violence familiale et, dans certains cas, un revenu plus faible. Puisque la prévalence des facteurs de risque comportementaux est plus élevée chez les groupes socioéconomiques défavorisés, les interventions axées sur les comportements et le mode de vie requerraient, pour porter fruit, la création d'environnements socioéconomiques positifs pour ces groupes. Bien qu'efficaces pour les groupes socioéconomiques plus élevés, les interventions axées sur le mode de vie ne peuvent pas atténuer les influences plus profondes de la pauvreté et du désavantage social sur la santé. Comprendre les vulnérabilités sous-jacentes des méfaits associés à l'usage de drogues injectables (comme les infections par le VIH et par le VHC) est une composante importante d'une approche axée sur la santé de la population qui vise à contrer l'utilisation de drogues injectables.

DESCRIPTION GÉNÉRALE DE L'UTILISATION DES DROGUES INJECTABLES AU CANADA ATLANTIQUE

La section suivante résume les tendances actuelles sur la consommation de drogues en ce qui concerne le type de drogues utilisées et les lieux d'injection les plus souvent utilisés rapportés par les participants à l'analyse de l'environnement.

NOMBRE ESTIMATIF D'UTILISATEURS DE DROGUES INJECTABLES

On ignore le nombre réel d'utilisateurs de drogues injectables dans la région de l'Atlantique ou au Canada. Puisque l'utilisation de drogues injectables est illégale et, de par sa nature même, cachée de la société dominante, il est très difficile d'obtenir de l'information précise sur le taux d'utilisation. Les UDI sont sous-représentés dans les enquêtes pour nombre de raisons. Parce que l'utilisation de drogues illicites est souvent clandestine, il est difficile d'en quantifier l'utilisation chez la population et de rejoindre les utilisateurs pour effectuer des recherches ou offrir des services.

Il est possible de générer des estimations approximatives du nombre d'utilisateurs de drogues injectables par la triangulation des divers ensembles de données indirectes. Les estimations concernant le pourcentage que représente chaque province et territoire du taux national d'incidence et de prévalence du VIH/VHC en 2002 pourraient être utilisées comme données indirectes concernant le nombre d'utilisateurs de drogues injectables dans chaque province de l'Atlantique. Il est possible, en s'appuyant sur les taux d'utilisation de drogues injectables dans les villes et les régions comparables ainsi que sur l'incidence de l'infection au VIH/VHC, de calculer des estimations du nombre total d'utilisateurs de drogues injectables dans chacune des provinces.

> *Il me semble qu'il y a 3 ou 4 ans personne n'utilisait de seringues, maintenant c'est comme si une personne sur deux est un UDI. Le nombre de personnes qui s'injectent a vraiment augmenté. La majorité utilisent des médicaments sur ordonnance, alors elles n'ont pas trop de difficulté à s'en procurer. Il y a eu un gros arrivage [d'UDI] dans la communauté.*
>
> Informateur clé

En ce qui concerne les tendances dans le nombre d'utilisateurs de drogues injectables, les PÉS de la région atlantique signalent une hausse dramatique non seulement dans le nombre de seringues distribuées, mais également, dans certains cas, dans le nombre de nouveaux clients qu'ils rencontrent chaque mois.[30] Bien que cela puisse être un indicateur de la hausse de la prévalence de l'utilisation de drogues injectables, cela peut tout simplement indiquer un niveau de connaissances et un degré d'aise plus élevés face à l'échange de seringues chez le même nombre d'UDI. La hausse dans la distribution de seringues et dans le nombre de nouveaux clients peut refléter tout simplement une proportion plus élevée de la population existante qui demande les services. Une autre méthode utilisée en Alberta est d'extrapoler le nombre de clients des programmes d'échange de seringues. D'après les résultats de

l'enquête auprès des utilisateurs de drogues injectables, Safeworks Calgary estime que pour chaque client qui s'injecte des drogues on peut compter environ quatre autres utilisateurs qui ne sont pas des clients. La proportion de clients, non-clients des programmes d'échange de seringues chez les utilisateurs de drogues injectables d'une région variera en fonction de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services offerts.

Les estimations du nombre d'utilisateurs de drogues injectables au Canada varient de 50 000 à 125 000.[31,32,33] Bien qu'il soit impossible de déterminer exactement le nombre d'UDI dans la région de l'Atlantique, on peut se faire une idée de la situation d'après le nombre de cas d'hépatite C signalés. Le tableau 1 indique le nombre d'UDI de chaque province, estimé à partir du nombre de cas de VHC signalés, ainsi que le pourcentage des cas attribuables à l'utilisation de drogues injectables. Puisqu'une proportion importante des cas d'infection par le VHC n'a pas été diagnostiquée, il faut noter que les chiffres dans le tableau 1 sont très conservateurs et sous-représentent largement la prévalence de l'usage de drogues injectables. Compte tenu des limites des données, les chiffres dans le tableau 1 ne doivent être utilisés qu'à titre d'estimations approximatives du nombre d'UDI au Canada atlantique. Il est difficile de déterminer si les changements dans les estimations de 2000 sont attribuables à la qualité des données ou à d'autres tendances. Il faut noter que les estimations au niveau provincial voilent quelque peu le fait qu'il y a plusieurs «points chauds» de l'utilisation de drogues injectables dans chaque province. Ces «points chauds» sont fortement concentrés près des centres urbains où le commerce de la drogue est bien vivant.

Tableau 1: Estimation du nombre d'UDI au Canada atlantique

Province [4]	N[bre] de cas de VHC	% d'UDI selon le facteur de risque	Minimum estimé	
			2004	2000
Nouveau-Brunswick[1]	1 839	45,0 %	827	429
Nouvelle-Écosse[2]	2 993	58,8 %	1 064	1 200
Terre-Neuve-et-Labrador[3]	475	29,5 %	140	161

1. Total de nouveaux cas de 1995 à 2004.
2. Total de nouveaux cas de 1995 à 2004. Les données sur le facteur de risque ne sont disponibles que pour 1 808 cas; le pourcentage est donc calculé comme étant 1 064/1 808.
3. Total de nouveaux cas de 1995 à 2004.
4. Aucune information disponible pour l'Île-du-Prince-Édouard.

Sources: Hepatitis C Enhanced Surveillance Database, Agence de santé publique du Canada
Données épidémiologiques sur le VIH, le VHB et le VHC pour Terre-Neuve-et-Labrador, ministère de la Santé de Terre-Neuve-et-Labrador
Hepatitis C Surveillance Report, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse.

La troisième colonne du Tableau 1 indique le pourcentage de cas de VHC pour lesquels l'utilisation de drogues injectables a été mentionnée comme un facteur de risque. Il faut

noter que l'utilisation de drogues injectables n'est pas nécessairement le seul facteur de risque attribué à ces cas de VHC – d'autres facteurs de risque peuvent avoir été signalés pour ces cas (notamment les produits sanguins, la dialyse, le contact familial, le tatouage, le perçage des oreilles, le perçage du corps, l'électrolyse, la ponction percutanée et le partage de seringues).

TYPES DE DROGUES INJECTÉES

Les participants à cette analyse de l'environnement connaissaient les divers types de drogues consommées au Canada atlantique. Tout comme dans l'étude de 2000, le Dilaudid et la cocaïne ont été les deux drogues citées le plus souvent. La majorité des participants (84 % ou n = 81) a indiqué que le Dilaudid était utilisé dans leur collectivité, et 78 % (n=75) ont cité la cocaïne. Ces données sont compatibles avec les résultats des évaluations des besoins effectuées à Fredericton au Nouveau-Brunswick en 2005[34] et à l'Île-du-Prince-Édouard en 2002.[35] Le Comité du site de Fredericton pour le Réseau communautaire canadien de l'épidémiologie des toxicomanies a attribué l'utilisation élevée du Dilaudid à Fredericton à la grande disponibilité de la drogue par le biais d'ordonnances.[36]

> *Durant les dernières années, le Dilaudid est devenu plus fréquent que la cocaïne ou le crack. C'est devenu la drogue de rue préférée. Les gens ont des ordonnances, les font renouveler et les vendent comme drogues injectables.*
>
> Informateur clé

Parmi les personnes interviewées dans le cadre de cette analyse de l'environnement, soixante-dix pour cent des participants (n=74) ont indiqué être au courant de l'utilisation de l'OxyContin, comparativement à l'analyse de 2000 dans laquelle seulement 10 % des répondants avaient indiqué être au courant de l'utilisation de «d'autres opiacés» comme une catégorie qui aurait compris l'OxyContin. La tendance apparente d'une utilisation accrue de l'OxyContin a également été notée par le Groupe de travail sur l'OxyContin de Terre-Neuve-et-Labrador qui a signalé que l'utilisation de l' OxyContin a nettement augmenté depuis 2001.[37]

D'autres drogues mentionnées par les participants comme drogues utilisées pour l'injection dans leur collectivité comprenaient (le chiffre entre parenthèses indique le nombre de personnes qui ont mentionné cette drogue) :

- morphine (38)
- crack (27)
- Ritalin (19)
- héroïne (17)
- MS Contin (12)
- d'autres amphétamines (9)
- Demerol (4).

> *Certaines drogues plus dures sont plus facilement accessibles qu'avant. On peut facilement se procurer de la cocaïne, des opiacés et de l'ecstasy dans les écoles et sur la rue, alors qu'avant c'était de la mari, du hash et de l'acide. Il y a beaucoup plus de drogues de confection qu'avant.*
>
> Utilisateur de drogues injectables

Dans l'analyse de l'environnement de 2000, 47 % (n=34) des répondants ont indiqué être au courant de la présence de l'héroïne dans leur collectivité comparativement à seulement

18 % (n=17) en 2005. Dans la même veine, en 2000, 27 % (n=20) des répondants savaient que le Demerol était utilisé dans leur collectivité; en 2005, la sensibilisation à l'usage du Demerol avait chuté à 4 % (n=4) des participants.

DROGUES PRÉFÉRÉES

> Plusieurs personnes utilisent plusieurs sortes de médicaments sur ordonnance – tout ce qu'elles peuvent se procurer et qui contiennent un opiacé.
> Utilisateur de drogues injectables

Dans les analyses de l'environnement de 2000 et de 2005, on a demandé aux répondants de nommer les drogues préférées des UDI dans leur collectivité. Le Dilaudid et la cocaïne/crack ont été indiqués comme étant le premier choix des UDI, ce qui est consistant avec les données sur la sensibilisation aux types de drogues utilisées, tel qu'il a été mentionné ci-dessus. Ces drogues sont les mêmes que les drogues mentionnées comme premier choix dans l'étude de 2000. Une différence est toutefois notable entre les deux analyses; en 2005, l'OxyContin était cité le plus souvent comme étant le deuxième ou le troisième choix des UDI alors qu'en 2000 la drogue la plus souvent citée comme deuxième et troisième choix après le Dilaudid était la cocaïne et le crack. Le Réseau communautaire canadien de l'épidémiologie des toxicomanies (RCCEP) a signalé une augmentation importante dans le nombre de personnes du Canada atlantique qui dissout et s'injecte l'OxyContin.[38] En 2005, plusieurs informateurs clés ont souligné qu'un nombre important d'UDI consomme une combinaison de drogues. Cela corrobore les données de l'étude de 2000, les constatations signalées à Terre-Neuve-et-Labrador[39] et Nouvelle-Écosse[40] ainsi que dans les études réalisées ailleurs au pays. Les participants à l'enquête pilote I-Track de 2004 ont déclaré s'injecter en moyenne quatre types de drogues.[41]

Plusieurs répondants de l'étude 2005 ont indiqué leur malaise quant au terme «drogues préférées». On a mentionné que, souvent, ce n'est pas une question de choix, mais plutôt une question d'accessibilité. Il semble que dans plusieurs collectivités, le choix de drogues est limité par la disponibilité; le terme «drogues préférées» est alors peut-être inexact. Plusieurs de ces répondants ont souligné que les utilisateurs vont «s'injecter avec les drogues auxquelles ils ont accès», un point de vue validé par une étude d'évaluation de la cocaïne réalisée en Nouvelle-Écosse.[42]

APPROVISIONNEMENT EN DROGUES INJECTABLES

Compte tenu des changements dans les types de drogues le plus injectées, on constate des changements dans la manière dont on se procure ces drogues. Selon les répondants, pour obtenir l'argent pour faire l'achat des drogues, les utilisateurs se livrent à des activités criminelles comme le vol, le vol par effraction ou le vol à l'étalage d'articles qu'ils peuvent vendre aux prêteurs

> C'est beaucoup plus facile de se procurer des drogues – maintenant vous pouvez les acheter presqu'à n'importe quel coin de rue. N'importe qui avec une blessure grave n'a pas ou peu de problème à avoir une ordonnance de son médecin.
> Utilisateur de drogues injectables

sur gage ou échanger directement contre de la drogue. Les femmes qui utilisent des drogues injectables sont souvent amenées à se prostituer ou à échanger le sexe contre de la drogue. On a également mentionné la prostitution masculine. Pour se procurer de l'argent pour l'achat de drogues, certains hommes manipulent les jeunes femmes pour les amener à travailler dans le commerce du sexe (c.-à-d. les proxénètes). La principale source d'ordonnances d'opiacés provenait de narcotrafiquants par «l'obtention d'ordonnances multiples», par le cambriolage de pharmacies ou par des pressions ou des menaces envers les médecins pour qu'ils prescrivent le médicament.

Il faudrait qu'on arrête les médecins de donner des médicaments comme si c'était des bonbons. Les personnes qui ont une blessure le font intentionnellement pour avoir une ordonnance. J'ai vu des médecins qui se sentaient intimidés par leurs patients et qui leur donnaient des médicaments juste pour se débarrasser d'eux. C'est ce que j'ai fait – j'ai dit qu'à cause d'eux j'étais dépendant et qu'ils allaient me donner une ordonnance.

Utilisateur de drogues injectables

CONTEXTE SOCIAL DE L'UTILISATION DE DROGUES INJECTABLES

Le questionnaire des analyses de l'environnement de 2000 et de 2005 demandait aux participants d'indiquer dans quelle mesure l'utilisation des drogues injectables se produisait dans divers lieux et contextes sociaux. Par rapport à l'étude de 2000 dans laquelle on signalait que la rue est le lieu d'injection le plus courant, les informateurs clés et les UDI qui ont participé à l'étude de 2005 ont signalé que le lieu d'injection le plus fréquent était les résidences privées.

Les gens s'injectent dans des endroits publics – dehors (les parcs, derrière les édifices, dans les allées, les terrains de stationnement), les toilettes publiques (comme au Tim Hortons, les clubs, les bars ou les stations-service), dans les voitures – et j'ai vu des personnes s'injecter dans la rue. On ne voyait pas cela avant. Maintenant, l'UDI est très ouverte – il y a des piqueries ou des fumeries de crack où les gens se réunissent pour se piquer, dans la même pièce, les maisons de chambres ou appartements, comme une activité de groupe.

Informateur clé

Les répondants ont indiqué spécifiquement leur domicile personnel, la maison d'amis ou la maison des trafiquants comme lieux d'injection. Les toilettes publiques ont également été mentionnées par une proportion importante des participants. Les emplacements de ces toilettes publiques comprenaient les beigneries, les stations-service, les centres commerciaux et les magasins. La raison de la popularité des toilettes publiques comme lieu d'injection a été expliquée par un répondant qui souligne qu'il «y a toujours de l'eau et que c'est privé». Ces lieux sont compatibles avec les résultats des études sur l'évaluation des besoins sur l'utilisation de drogues injectables réalisées à Fredericton au Nouveau-Brunswick,[43] et à l'Île-du-Prince-Édouard.[44]

Quelques lieux différents se sont dégagés dans certaines provinces. Bien que la majorité des répondants du Nouveau- Brunswick ont indiqué les ruelles comme lieu d'injection, ce lieu n'a pas été mentionné dans les autres provinces. Les répondants de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve-et-Labrador ont indiqué les voitures comme lieu d'injection, lieu qui n'a pas été indiqué dans les autres provinces. Les «fumeries de crack» et les piqueries ont été indiquées par certains répondants du Nouveau- Brunswick et de la

Nouvelle-Écosse alors que ceux de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve-et-Labrador ne les ont pas mentionnées. Les parcs ont également été indiqués comme lieu d'injection par quelques répondants de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve-et-Labrador, mais pas au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse. La rue demeure le lieu d'injection le plus courant à Halifax en Nouvelle-Écosse.

DES TAUX D'INFECTION PAR LE VIH, L'HÉPATITE B ET L'HÉPATITE C ET LES COMPORTEMENTS À RISQUE CHEZ LES UTILISATEURS DE DROGUES INJECTABLES AU CANADA ATLANTIQUE

> *Les gens se disent – pourquoi pas, on couche ensemble, alors pourquoi ne pas partager nos seringues? La méthamphétamine en cristaux, la cocaïne et l'E améliorent les rapports sexuels – les gens sont tellement partis qu'ils ne s'inquiètent pas de mettre un condom.*
> Utilisateur de drogues injectables

Les utilisateurs de drogues injectables qui adoptent des comportements à risque liés à l'injection de drogues ou aux pratiques sexuelles présentent un risque accru d'infection par le VIH, le VHB et le VHC. La présente section examine l'incidence et la prévalence de ces maladies chez les utilisateurs de drogues injectables, de même que la prévalence des comportements à risque particuliers. Il est important de mentionner qu'en raison des problèmes dans la surveillance de la maladie, surtout pour les comportements illicites tels que l'usage de drogues injectables, il est probable que les chiffres sous-déclarent la prévalence réelle des maladies attribuables à l'usage de drogues par injection.[45,46] Quoique les comportements associés à l'injection des drogues et aux pratiques sexuelles sont discutés séparément, il est important de noter que ces comportements à risque sont étroitement interreliés dans les relations sexuelles des utilisateurs de drogues injectables.

COMPORTEMENTS DANGEREUX ASSOCIÉS À L'INJECTION DES DROGUES

Le partage (prêt ou emprunt) d'aiguilles ou de seringues est très propice à la transmission du VIH et du VHC et est très fréquent chez les utilisateurs de drogues par injection. Le partage de matériel d'injection autre que les seringues/aiguilles (p. ex. fondoirs, filtres et eau) est aussi associé à la transmission du VIH et du VHC.[47]

> *[Les utilisateurs de drogues injectables] sont au courant des risques, mais quand vient le temps de se protéger ils pensent «ça ne m'arrivera pas à moi». Ils connaissent peut-être les risques, mais ils les ignorent. La majorité n'y pense pas ou ne s'en soucie pas – ils se disent «tu l'as juste une fois». Ils ne connaissent pas les différentes souches.*
> Informateur clé

On a posé aux informateurs clés de cette analyse de l'environnement une série de questions sur leur connaissance des activités à risque liées à l'injection de drogues et aux pratiques sexuelles chez les UDI de leur communauté. Le questionnaire demandait d'estimer – sur une échelle d'évaluation en cinq points allant de 0 % (aucun) à 100 % (tous) - la fréquence des divers comportements à risque liés à l'injection de drogues ou aux pratiques sexuelles des UDI. L'échelle comprenait des incréments de 25 % et il y avait une option «aucune idée» pour éviter les conjectures. Une question ouverte demandait d'ajouter tout autre renseignement dont les participants pouvaient faire part sur les comportements à risque. Il est important de noter que plusieurs informateurs clés ne croyaient pas avoir suffisamment d'information pour

offrir une estimation adéquate de la proportion d'utilisateurs de drogues injectables qui adoptent certains ou tous les comportements à risque énumérés lors de l'entrevue. Par exemple, seulement 23 des 48 informateurs clés ont offert une estimation de la fréquence du partage des seringues usagées. Le tableau 2 présente le pourcentage d'informateurs clés (parmi ceux qui ont répondu) qui estime qu'au moins la moitié des UDI adoptent des comportements à risque liés à l'injection.

Tableau 2 : Proportion d'informateurs clés qui croit qu'au moins la moitié des UDI adoptent des comportements à risque liés à l'injection

Comportements à risque liés à l'injection	**2005**	**2000**
Partage de seringues usagées	54 %	47 %
Partage de seringues nettoyées avec l'eau de Javel	29 %	60 %
«Front loading» ou «back loading»	64 %	68 %
Partage de cuillères, filtres, eau, etc.	81 %	60 %
«Booting»*	46 %	70 %

* Lors du Booting, l'utilisateur prélève du sang dans la seringue qu'il réinjecte une ou plusieurs fois.

On constate des augmentations notables en 2005 (comparativement à 2000) dans la proportion d'informateurs clés qui croient que 50 % ou plus des UDI partagent les seringues (54 % en 2005 contre 47 % en 2000) et d'autre matériel d'injection comme les cuillères, les filtres et l'eau, etc. (81 % en 2005 contre 60 % en 2000). Un nombre moins important d'informateurs clés indique que 50 % ou plus des UDI adoptent des comportements à risque liés au partage de seringues nettoyées avec l'eau de Javel (29 % en 2005 contre 60 % en 2000) et au booting (46 % en 2005 contre 70 % en 2000).

> *Certaines personnes ne surveillent pas ce qu'elles font. Elles posent la seringue, l'égarent et prennent n'importe quelle autre seringue à leur portée sans savoir si c'est bien la leur.*
>
> Utilisateur de drogues injectables

Les utilisateurs de drogues par injection qui ont participé à cette analyse de l'environnement ont également fourni de l'information sur les pratiques d'injection à risque. La majorité (60 %) des UDI interviewés a indiqué que le partage de seringues et de matériel se fait dans leur communauté. Ils ont également mentionné des pratiques à risque, comme utiliser leurs propres seringues à plusieurs reprises, mettre leurs seringues sur le plancher, retirer le capuchon de l'aiguille avec leurs dents, partager l'eau des seringues, partager les pailles à renifler, ne pas badigeonner le site d'injection, l'éclaboussement de sang, jeter les aiguilles usagées dans les poubelles ou dans la rue, aiguiser les aiguilles sur les boîtes à allumettes, utiliser les aiguilles comme arme pour commettre un vol, les tatouages qui ne sont pas faits par des praticiens titulaires de licences, partager les rasoirs et les brosses à dents et prendre la seringue d'une autre personne sans faire attention. Les rapports reconnaissent que la tendance croissante des UDI de s'injecter dans les piqueries, les fumeries de crack ou d'opium est inquiétante en raison des occasions que cela présente de partager les seringues et d'adopter des pratiques d'injection à risque.

Le partage de pipes de crack a été signalé comme une source possible de transmission du VHC en raison de la chaleur de la pipe qui donne des lèvres gercées et qui saignent.[48] Pour cette raison, on a demandé aux participants de l'analyse de l'environnement d'estimer la proportion de gens dans leur collectivité qui fume du crack ou de la cocaïne. La majorité des répondants a indiqué ne pas savoir. Puisque les estimations variaient de 5 % à 100 % chez les personnes qui ont répondu, ces données ne sont pas fiables pour déterminer la fréquence d'usage du crack ou de cocaïne dans la région de l'Atlantique.

> *Il y a des personnes qui partagent des seringues parce qu'elles se disent qu'elles connaissent la personne et lui font confiance.*
> Utilisateur de drogues injectables

L'information sur les pratiques d'injection à risque contenue dans cette analyse de l'environnement est compatible avec les autres études réalisées au Canada atlantique. D'après une évaluation des besoins effectuée par SIDA Nouveau-Brunswick, 35 % des participants à l'étude déclarent partager du matériel d'injection et 43 % des participants disent laisser d'autres personnes utiliser leur seringue après l'avoir utilisée.[49] Une évaluation des besoins menée par AIDS PEI stipule que 48 % des participants partagent des seringues,[50] et une évaluation sur la consommation de cocaïne en Nouvelle-Écosse indique que parmi les consommateurs de cocaïne qui utilisent des seringues pour injecter leurs drogues, un tiers a déclaré partager leurs seringues.[51]

La prévalence du partage du matériel d'injection n'est pas unique au Canada atlantique. Des études réalisées dans d'autres régions canadiennes ont également signalé un taux de partage de matériel élevé.[52] Les résultats de l'étude I-Track révèlent que, dans l'ensemble, 24,5 % des participants ont déclaré s'être injecté des drogues avec des aiguilles usagées au cours des six mois précédant l'enquête. Les UDI empruntent le plus souvent des seringues des personnes avec lesquelles ils s'injectent des drogues; il s'agit la plupart du temps d'amis proches, de membres de la famille ou de partenaires sexuels réguliers. Le partage indirect est également répandu chez les utilisateurs de drogues injectables. Parmi les participants à l'enquête pilote I-Track, 43,2 % (l'intervalle allant de 31,7 % à Toronto à 53,5 % à Regina) ont déclaré avoir emprunté d'autres types de matériel d'injection (filtres, réchauds, eau) au cours des six mois précédents. De même, 32,9 % ont dit avoir prêté d'autres types de matériel d'injection au cours des six mois précédant l'enquête.

> *Certaines pharmacies ne vous vendront pas de seringues à longue pointe ou bien vous poseront toutes sortes de questions. On ne vous vendra pas de seringues si on pense que vous les achetez pour vous injecter des drogues. Les pharmaciens ne se comportent pas bien, passent des jugements personnels et refusent de vendre des seringues propres. On refuse de vendre à certains UDI et on leur demande de ne plus revenir au magasin.*
> Utilisateur de drogues injectables

Les répondants à la présente analyse de l'environnement ont indiqué le manque d'accès à du matériel d'injection propre comme étant la principale raison du partage de seringues. Cet accès restreint était attribuable au manque d'accès dans les régions rurales à des programmes d'échange de seringues, les programmes étant fermés, à ne pas être en mesure de se procurer des seringues dans une pharmacie et à la réticence des personnes

de régions rurales à faire l'achat de seringues dans leur petite communauté puisqu'on pourrait les voir. Quoique certains répondants ont indiqué pouvoir acheter des seringues dans les pharmacies, la majorité a souligné les obstacles qu'ils y rencontrent. Des études ont établi que le manque d'accès à du matériel propre constituait une des principales raisons au partage du matériel d'injection.[53] Certaines recherches laissent entendre que la possibilité d'obtenir du matériel stérile n'empêche pas le partage du matériel d'injection.[54] Les recherches ont montré que les utilisateurs de drogues injectables établissent des réseaux sociaux visant à faciliter l'acquisition des drogues; ils y trouvent également de la compagnie et un sentiment de sécurité. L'appartenance à ces réseaux suppose généralement une obligation de réciprocité et de confiance entre les membres, qui peut également avoir pour effet d'augmenter la probabilité de partage du matériel. Dans l'ensemble, il apparaît que les messages pour prévenir le partage du matériel d'injection n'ont pas été efficaces pour réduire ces comportements.

Avant, on s'injectait pour faire un trip. Maintenant la seringue et la procédure (cuire la drogue, l'aspirer dans la seringue, le flagging) est aussi importanst que la drogue elle-même. Les gens sont autant dépendants des seringues que de la drogue.
Informateur clé

Le fait que certaines personnes qui s'injectent des drogues développent un fort attachement au geste même de l'injection est une autre raison importante pour que du matériel d'injection propre soit largement distribué. On décrit parfois ces personnes comme ayant de fortes «dépendances aux seringues». Ils tendent à s'injecter diverses drogues, à s'injecter de l'eau lorsqu'ils n'ont pas accès aux drogues, à faire rapidement des rechutes après des périodes d'abstinence et à rejeter le recours à la méthadone sauf dans la forme injectable. Le geste d'autoinjection devient une activité plaisante en raison de sa fréquente association avec les effets de la drogue. Les seringues et les autres attirails comme le tourniquet jouent un même rôle.

COMPORTEMENTS SEXUELS À RISQUE

Chez les utilisateurs de drogues injectables, les comportements sexuels à risque sont également associés à l'infection par le VIH; plusieurs moyennent leurs faveurs sexuelles, et le port du condom est peu répandu avec des partenaires réguliers et occasionnels. Parmi les participants à l'enquête pilote I-Track, 39,5 % des femmes UDI ont déclaré avoir travaillé dans l'industrie du sexe au cours des six mois précédant l'enquête. Selon la même enquête, la proportion de celles qui exigeaient le port du condom par leurs clients durant un rapport sexuel avec pénétration était généralement élevée. Elle était cependant plus faible dans le cas d'un rapport sexuel oral : 5,7 % ont dit ne jamais exiger de leurs clients le port du condom durant ce type de rapport, tandis qu'une autre tranche de 17,6 % a reconnu ne pas l'exiger de façon systématique.

Le port du condom est peu répandu chez les UDI qui ont des rapports hétérosexuels avec des partenaires réguliers ou occasionnels. L'analyse portant sur le port du condom lors de rapports sexuels oraux et avec pénétration, au cours des six mois précédents, chez les participants à l'enquête pilote I-Track révèle que cette pratique était moins fréquente

lorsqu'il s'agissait de partenaires occasionnels que de clients et moins fréquente encore lorsqu'il s'agissait de partenaires réguliers. Cette tendance à la réduction du port du condom dans une relation plus stable est signalée par les UDI, autant par les hommes que les femmes. Chez les hommes qui avaient eu des partenaires occasionnels au cours des six mois précédents, 19,4 % ont déclaré ne jamais utiliser de condom durant un rapport sexuel avec pénétration et 56,6 % ont déclaré ne jamais en utiliser durant un rapport sexuel oral. Chez les femmes ayant eu des partenaires occasionnels au cours de la même période, 28,4 % ont dit ne jamais utiliser le condom durant un rapport sexuel avec pénétration et 34,0 % ont dit ne jamais l'utiliser durant un rapport sexuel oral. Il n'y avait pas de différences marquées relativement à l'utilisation du condom entre les centres participants.

Le tableau 3 présente le pourcentage d'informateurs clés de la présente analyse de l'environnement (parmi ceux qui ont répondu) qui estime qu'au moins la moitié des UDI participent à certaines activités sexuelles.

Tableau 3 : Proportion d'informateurs clés qui croit qu'au moins la moitié des UDI adoptent des comportements sexuels à risque

Pratiques sexuelles à risque	**2005**	**2000**
Participation à l'industrie du sexe	30 %	23 %
Pratiques sexuelles risquées avec des clients de l'industrie du sexe	43 %	52 %
Pratiques sexuelles risquées avec des partenaires occasionnels	64 %	77 %
Pratiques sexuelles risquées avec des partenaires réguliers	78 %	91 %

Comparativement à l'analyse de 2000, on constate qu'en 2005 un nombre moins important d'informateurs clés estimait que 50 % ou plus des UDI adoptent des comportements à risque liés à des pratiques sexuelles risquées avec des clients de l'industrie du sexe (43 % en 2005 contre 52 % en 2000), avec des partenaires occasionnels (64 % en 2005 contre 77 % en 2000) et avec des partenaires réguliers (78 % en 2005 contre 91 % en 2000). Il est toutefois important de mentionner que les analyses de l'environnement de 2000 et de 2005 reposent sur des échantillonnages différents d'informateurs clés, et que plusieurs d'entre eux ne croyaient pas être en mesure de se prononcer sur la fréquence de tels comportements. Les différences entre les cotes moyennes pour les deux années devraient donc être interprétées avec prudence.

Quelques répondants ont indiqué des pratiques sexuelles très risquées dans le contexte social de sexe en groupe, notamment des orgies sexuelles (chez les gay et les hétérosexuels), de même que la préférence de certains clients mâles de l'industrie d'avoir des relations sexuelles non protégées. Plusieurs répondants ont mentionné que certains UDI participent à des «marathons sexuels» ou à des «gang bangs» et ont indiqué que les préjudices corporels, par exemple, les ecchymoses et les brûlures par friction augmentent le risque de transmission du VIH/VHC.

Plusieurs usagers de drogues n'adoptent pas des pratiques sexuelles à faible risque – ils n'y pensent pas ou ne s'en soucient pas. Plusieurs se disent qu'ils ont déjà été infectés en partageant le matériel d'injection – alors ils ne se soucient pas d'avoir un condom.

Informateur clé

Des répondants ont également souligné que certains jeunes participent à des orgies de sexe oral et que plusieurs jeunes ne perçoivent pas les rapports sexuels oraux comme un comportement à risque. Ils ne croient donc pas qu'il est nécessaire de se protéger.

PRÉVALENCE ET INCIDENCE DU VIH

Estimations nationales relatives au VIH

Au Canada, le 30 juin 2004, 7,4 % des cas cumulatifs de sida chez les adultes et 16,7 % des rapports de test positif pour le VIH concernaient des UDI.

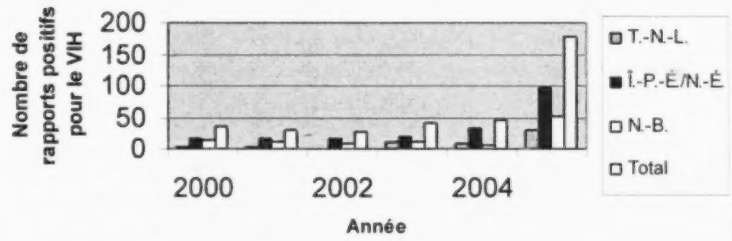
Agence de santé publique du Canada

Les données disponibles indiquent des taux élevés d'injection de drogue et de comportements sexuels à risque chez les utilisateurs de drogues injectables, ce qui signifie que la possibilité de transmission du VIH dans ces populations demeure importante.[55] Les estimations nationales au sujet de la prévalence et de l'incidence du VIH montrent que 30 %, soit entre 800 à 1 600 nouveaux cas d'infection par le VIH sur un nombre estimatif d'environ 2 800 à 5 200 au Canada en 2002, ont été recensés parmi les utilisateurs de drogues par injection.[56] Une tendance comparable a été observée dans le nombre de tests positifs pour le VIH attribués à l'injection de drogues et signalés au Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses de l'Agence de santé publique du Canada. Chez les adultes, la proportion de tests positifs pour le VIH associés à l'injection de drogues a peu à peu régressé, après avoir passé la barre des 34 % en 1999, pour se fixer à 24,0 % en 2002.

Estimations régionales relatives au VIH

Le graphique 1 et le tableau 4 présentent le nombre total de nouveaux cas de VIH dans les quatre provinces de l'Atlantique. Le graphique 2 et le tableau 5 présentent le nombre et le pourcentage de ces cas attribués au comportement à risque lié à l'injection de drogues.

Graphique 1: Nombre de rapports de test positif pour le VIH, par province et année

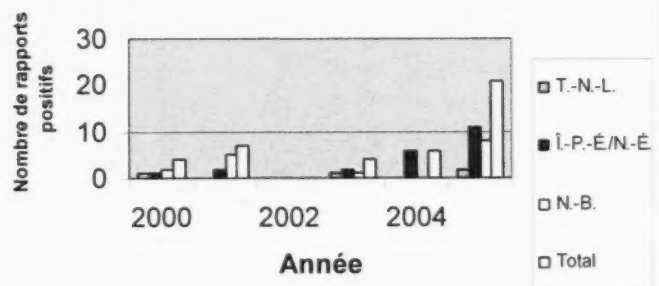


Source : Système de déclaration des maladies à déclaration obligatoire, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada.

Tableau 4 : Nombre de rapports de test positif pour le VIH par province et par année						
Province	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**Total**
Terre-Neuve-et-Labrador	4	4	1	11	9	**29**
Île-du-Prince-Édouard et Nouvelle-Écosse	16	15	16	19	32	**98**
Nouveau-Brunswick	14	11	9	11	6	**51**
Total	**34**	**30**	**26**	**41**	**47**	**178**

Source : Système de déclaration des maladies à déclaration obligatoire, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada.

Graphique 2 : Nombre de rapports de test positif pour le VIH avec l'UDI comme facteur de risque, par province et année



Source : Système de déclaration des maladies à déclaration obligatoire, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada.

Tableau 5 : Nombre (et pourcentage) de rapports de test positif pour le VIH parmi les UDI (comme catégorie d'exposition) par province et par année						
Province	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**Total**
Terre-Neuve-et-Labrador	1 (25 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (9 %)	0 (0 %)	**2 (7 %)**
Île-du-Prince-Édouard et Nouvelle-Écosse	1 (6 %)	2 (13 %)	0 (0 %)	2 (11 %)	6 (19 %)	**11 (11 %)**
Nouveau-Brunswick	2 (14 %)	5 (45 %)	0 (0 %)	1 (9 %)	0 (0 %)	**8 (16 %)**
Total	**4 (12 %)**	**7 (23 %)**	**0 (0 %)**	**4 (10 %)**	**6 (13 %)**	**21 (12 %)**

Source : Système de déclaration des maladies à déclaration obligatoire, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada.

Au 30 juin 2004, un total cumulatif de 1 223 tests positifs pour le VIH ont été recensés dans les provinces de l'Atlantique. De ce nombre, 85 % ont été diagnostiqués chez des hommes et 15 % chez des femmes. Le nombre de cas par province est présenté dans le tableau 6.

Tableau 6 : Nombre de rapports de test positif pour le VIH entre le 1er novembre 1985 et le 31 décembre 2004 (tous âges confondus)			
Province	**Hommes**	**Femmes**	**Total**
Nouveau-Brunswick	299	41	340
Terre-Neuve-et-Labrador	177	50	227
Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard	564	92	656
Canada atltantique	**1 040**	**183**	**1 223**

Source : *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2004*, Agence de santé publique du Canada, www.phac-aspc.gc.ca/pphb-dgspsp/hast-vsmt/public_e.html

INCIDENCE DE L'HÉPATITE B

D'après un rapport de 2001 publié par Santé Canada, la prévalence de l'infection par le VHB chez les utilisateurs de drogues injectables serait de 80 %.[57] On a évalué qu'environ un tiers des nouveaux cas d'infection par l'hépatite B étaient, eux aussi, liés à l'usage des drogues par injection.[58] En 1998, on a constaté au Cap-Breton et à Amherst en Nouvelle-Écosse une éclosion de cas d'infection par le VHB chez les utilisateurs de drogues injectables (ce qui a entraîné la mise en place du programme Mainline Needle Exchange).

Les données pour 1995 à 1999 sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 7 : Nombre de rapports de test positif pour l'hépatite B par province et par année, 1995-1999						
Province	**1995**	**1996**	**1997**	**1998**	**1999**	**Total**
Terre-Neuve-et-Labrador	3	2	3	3	2	**13**
Île-du-Prince-Édouard	0	1	0	1	4	**6**
Nouvelle-Écosse	44	47	28	40	21	**180**
Nouveau-Brunswick	23	14	6	11	14	**68**
Total	**70**	**64**	**37**	**55**	**41**	**267**

Source : Système de déclaration des maladies à déclaration obligatoire, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada.

Les données pour 2000 à 2004 sont présentées dans le tableau 8 ci-dessous.

Tableau 8 : Nombre de rapports de test positif pour l'hépatite B par province et par année, 2000-2004

Province	2000	2001	2002	2003 *	2004 *	Total
Terre-Neuve-et-Labrador	4	3	2	2	25	**36**
Île-du-Prince-Édouard	0	1	0	1	3	**5**
Nouvelle-Écosse	13	16	9	12	8	**58**
Nouveau-Brunswick	9	7	10	0	7	**33**
Total	**26**	**27**	**21**	**15**	**43**	**132**

*les chiffres pour 2003 et 2004 sont préliminaires et peuvent changer.
Source : Système de déclaration des maladies à déclaration obligatoire, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada.

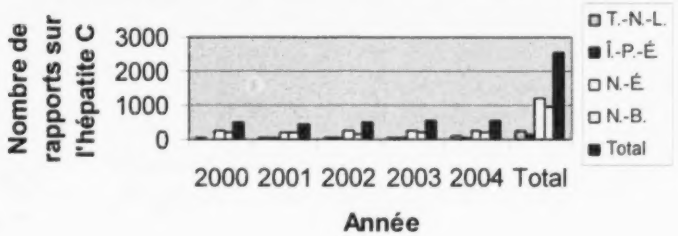
De la période 1995-2000 à la période 2000-2004, le nombre de rapports de test positif pour l'hépatite B semble avoir diminué de 50 % dans les provinces de l'Atlantique. Une explication possible est qu'un plus grand nombre de personnes est au courant de l'existence du vaccin contre le VHB et en fait la demande. Récemment, le nombre de cas d'hépatite B a diminué dans toutes les provinces à l'exception de Terre-Neuve-et-Labrador où le nombre de nouveaux cas est passé de deux à quatre cas par année de 2000 à 2003 et à 25 cas en 2004.

INCIDENCE DE L'HÉPATITE C

Dans certaines populations, comme les UDI, le pourcentage d'infections par le VHC est de plus de 80 %; en général au cours de la première année d'utilisation de drogues.[59] Ce taux élevé de prévalence de l'infection par le VHC et une grande transmissibilité du virus signifient que les risques d'infection sont très élevés chez les utilisateurs de drogues injectables.[60] Au Canada, on estime que de 55 %[61] à 70 %[62] des nouvelles infections par le VHC sont attribuables à l'utilisation de drogues injectables. D'après l'enquête pilote canadienne I-Track, le taux de prévalence du VHC chez les UDI ayant participé à l'étude est de 63,8 %. D'autres études canadiennes affichent des taux comparables.[63] Un rapport de surveillance du VHC publié récemment par le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse révèle que l'utilisation de drogues injectables a été reconnue comme facteur de risque dans 59 % des cas signalés.[64] Ce rapport indique également qu'avec le temps, il y a eu une hausse dans le nombre de personnes qui a signalé l'utilisation de drogues injectables comme un facteur de risque. Les données de Terre-Neuve-et-Labrador indiquent que de 2000 à 2005, le pourcentage de cas d'hépatite C avec l'utilisation de drogues injectables comme facteur de risque variait de 24 % à 35 %.[65]

De 2000 à 2004, on a signalé 2 561 cas d'hépatite C au Canada atlantique,[66] comme l'illustrent le graphique 3 et le tableau 9.

Graphique 3 : Nombre de rapports de test positif pour l'hépatite C, par province et année



*les chiffres pour 2003 et 2004, pour les provinces, sont préliminaires et peuvent changer.

**les chiffres pour 2004 pour la Nouvelle-Écosse ont été tirés du Rapport de surveillance du ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse.

Source : Système de déclaration des maladies à déclaration obligatoire, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada.

Tableau 9 : Nombre de rapports de test positif pour l'hépatite C par province et par année

Province	2000	2001	2002	2003 *	2004 *	Total
Terre-Neuve-et-Labrador	43	46	39	57	78	**263**
Île-du-Prince-Édouard	11	27	38	38	31	**145**
Nouvelle-Écosse**	254	195	257	256	236	**1 198**
Nouveau-Brunswick	211	179	149	214	202	**955**
Total	**519**	**447**	**483**	**565**	**547**	**2 561**

*les chiffres pour 2003 et 2004, pour les provinces, sont préliminaires et peuvent changer.

**les chiffres pour 2004 pour la Nouvelle-Écosse ont été tirés du Rapport de surveillance du ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse.

Source : Système de déclaration des maladies à déclaration obligatoire, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada.

CO-INFECTION PAR LE VIH ET PAR LE VHC

Environ 23 % des quelque 49 600 Canadiens vivant avec l'infection par le VIH sont également coinfectés par le VHC.[67] Comme le VIH et le VHC se partagent les mêmes voies de transmission, la co-infection à ces deux virus est commune. La co-infection par le virus de l'hépatite C est particulièrement dominante chez les personnes qui ont contracté le VIH par l'utilisation de drogues injectables. L'immunodéficience associée à l'infection par le VIH semble accélérer le cours du VHC. Les répercussions du traitement de chaque virus sur l'évolution naturelle du patient co-infecté demeurent au stade des

spéculations. La maladie chronique du foie et le carcinome hépatocellulaire liés au VHC sont des causes communes de plus en plus importantes de décès chez les personnes atteintes du VIH, le taux de mortalité et l'espérance de vie associés à la multithérapie antirétrovirale (HAART) allant en augmentant.[68] D'après un rapport publié en 2001 par Santé Canada, on estime à 11 194 le nombre de Canadiens co-infectés par le VHC et le VIH, de ce nombre 70 % sont des utilisateurs de drogues injectables. On souligne dans le même rapport que 191 personnes du Canada atlantique sont co-infectées.[69]

ANALYSE DE L'UTILISATION DES DROGUES INJECTABLES CHEZ DES POPULATIONS CIBLÉES DU CANADA ATLANTIQUE

On a demandé aux informateurs clés de fournir des renseignements sur les tendances en fonction de l'âge, du sexe, de l'identité ethnoculturelle et des différences urbaines et rurales des utilisateurs de drogues injectables du Canada atlantique. Certains répondants ont également fourni des données sur la situation socioéconomique des utilisateurs de drogues injectables. Chacune de ces sous-populations est examinée dans les pages qui suivent d'après leurs vulnérabilités et leurs besoins particuliers.

JEUNES

Le groupe de jeunes se définit en tenant compte que la prévention doit nécessairement commencer avant la période qui nous intéresse (c.-à-d., la pré-adolescence – de 7 à 12 ans), et que le développement psychosocial est souvent retardé chez les jeunes à haut risque. Aux fins de la présente analyse, le mot «jeunes» fait référence aux jeunes âgés de 12 à 25 ans. Comme les jeunes ne sont pas une population homogène, il est important de subdiviser ces populations entre le plus de sous-populations possible; ces distinctions sont fondées sur le sexe, le milieu urbain et rural, le niveau de risque, la vie dans la rue, le contexte culturel et le stade du développement psychosocial. Aujourd'hui, un plus grand nombre de personnes s'injecte plus tôt dans la vie, par exemple, à 14 et 15 ans.

Les jeunes sont particulièrement à risque de contracter le VIH/VHC par l'utilisation de drogues injectables en raison de leur inexpérience, de leur manque de connaissances sur les facteurs de risque et des conséquences comme la surdose et, souvent, en raison de leur peu d'intérêt sur cette question. Une étude canadienne effectuée en 1998 rapporte que les jeunes de la rue ne percevaient pas leur première injection comme quelque chose de majeur. Ils ont déclaré que tout le monde le faisait ou que c'était simplement une autre façon de consommer une drogue. De même, ils ne semblaient pas concernés par les types de drogues qu'ils consomment; ils prenaient ce qui était disponible.[70] Dans une étude réalisée auprès de jeunes utilisateurs de Queensland en Australie, le tiers des répondants a mentionné que leur première expérience était «arrivé comme cela», alors que les autres répondants ont indiqué qu'il y avait eu un certain montant de planification ou qu'ils avaient, au moins, envisagé s'injecter des drogues. Une proportion très importante de ces jeunes avait consommé au moment de la première injection.

Au Canada, l'âge moyen au moment de la première injection est de 21,4 ans. Il est toutefois important de noter que 30 % des utilisateurs ont déclaré s'être injecté de la drogue pour la première fois à l'âge de 16 ans ou avant.[71] Les données du Canada atlantique semblent être conformes à cette tendance canadienne. Quoique la majorité des participants à cette analyse de l'environnement ait déclaré avoir commencé à s'injecter vers

> *J'avais 15 ans lorsque j'ai commencé à m'injecter. J'étais le plus jeune du groupe. Maintenant, je vois beaucoup plus de jeunes de cet âge qui s'injectent.*
> Utilisateur de drogues injectables

l'âge de 16 ou 18 ans, certains ont mentionné avoir commencé à aussi peu qu'à l'âge de 11 ans. Une évaluation des besoins effectuée en 2005 auprès des utilisateurs de drogues injectables du Nouveau-Brunswick rapporte que plusieurs des utilisateurs ont commencé à s'injecter à la fin de leur adolescence ou au début de la vingtaine.[72]

Tout comme dans les rapports de l'analyse de l'environnement de 2000, la presque totalité des informateurs clés qui ont participé à l'analyse de 2005 a souligné que les UDI de leur communauté étaient généralement âgés de 18 à 44 ans, le groupe d'âge le plus souvent mentionné étant de 25 à 34 ans. Ce résultat est conforme à celui d'autres études qui ont rendu compte que l'âge moyen des personnes qui s'injectent variait de 28 à 35 ans.[73,74] Selon plusieurs informateurs clés et UDI, le nombre de jeunes qui s'injectent des drogues est à la hausse. C'est également la tendance qui est ressortie de l'analyse de l'environnement de 2000. Selon l'expérience des personnes qui s'injectent des drogues et de celles qui travaillent auprès d'elles, il y a de plus en plus de jeunes UDI dans la région atlantique. Il est évident, d'après les expériences des informateurs clés qui ont participé à l'analyse de l'environnement de 2005 et des recherches réalisées ailleurs, qu'il y a un nombre important de personnes de moins de 20 ans qui s'injectent des drogues.[75]

Certains organismes qui offrent des services aux UDI indiquent aussi qu'ils desservent beaucoup plus de jeunes que par le passé.[76,77] L'évaluation des besoins effectuée à Fredericton en 2005 par SIDA Nouveau-Brunswick a révélé que durant la période d'avril 2004 à septembre 2005, plus de 50 % des clients du PÉS étaient âgés de moins de 30 ans. Des études récemment effectuées au Canada semblent indiquer que l'âge moyen des clients des PÉS est de 32 ans, un âge plus élevé que celui rapporté dans la recherche antérieure.[78]

> *Les jeunes s'injectent à la polyvalente et durant les activités scolaires – comme les sorties scolaires, fêtes de classe. Ils le font aussi à des party rave, chez leurs amis.*
>
> Informateur clé

Les rapports techniques des enquêtes de 2002 sur l'usage des drogues chez les élèves de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick révélaient la présence de l'héroïne chez les jeunes de la 7e, 9e, 10e et 12e année. En Nouvelle-Écosse, le pourcentage d'élèves qui a déclaré avoir consommé de l'héroïne est le même en 1991 et en 2002 (1,6 %).[79] Au Nouveau-Brunswick, la consommation de l'héroïne chez les élèves est passée de 2,4 % en 1996 à 1,9 % en 2002.[80] Il est important de noter que les enquêtes sur l'usage des drogues ne comprenaient que les jeunes qui fréquentaient l'école. Les jeunes qui ont quitté l'école, incluant les jeunes de la rue, n'étaient pas compris dans les données. Dans l'Enquête de 2002 sur la consommation de drogues par les élèves du Nouveau-Brunswick, dans l'ensemble, 5 % des élèves ont signalé avoir consommé du LSD, des solvants ou des substances inhalées ainsi que des tranquillisants (sans ordonnance). Moins de 5 % des élèves ont signalé avoir consommé de la cocaïne et du crack, des stéroïdes, de la PCP, de l'héroïne et de l'ecstasy, moins de 1 % des élèves de la septième, de la neuvième, de la dixième et de la douzième année de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick et de l'Île-du-Prince-Édouard qui participaient à l'enquête avaient fait usage de drogues injectables au cours de l'année précédant la période visée par l'étude.[81] D'après une autre étude, en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard,

2 % des élèves ont fait usage de drogues injectables.[82] Une enquête effectuée par la Hepatitis Outreach Society au Cap-Breton en Nouvelle-Écosse se démarque clairement de ces résultats: dans une enquête auprès de 1 000 élèves, 7,4 % des répondants ont signalé avoir fait usage de drogues par injection.[83] Quelle que soit la prévalence réelle de l'usage de drogues injectables chez les élèves, les efforts pour décourager les jeunes à passer des drogues non injectables ou des substances inhalées aux drogues injectables pourraient être une composante majeure de la sensibilisation sur la réduction des méfaits.

> *Les jeunes consomment des drogues plus dures qu'ils s'injectent. Avant c'était davantage des drogues douces.*
>
> Informateur clé

Quoique les problèmes avec les jeunes de la rue n'aient pas été discutés dans le cadre de cette analyse de l'environnement, il y a lieu de croire qu'un pourcentage élevé de ces jeunes utilise des drogues injectables.[84] D'anciennes données tirées d'une étude réalisée à Halifax en 1991 rapportent que 33 % des jeunes de la rue ont signalé consommer de la cocaïne et 20 % du crack.[85] Selon les résultats de l'enquête pilote I-Track, l'âge moyen au début de l'injection de drogues était de 21,4 ans chez la population étudiée, et 30 % des sujets ont commencé à s'injecter des drogues à l'âge de 16 ans ou avant.[86] À Montréal, une étude menée de 1995 à 2000 auprès des jeunes de la rue de 14 à 25 ans a révélé que 47,2 % des participants s'étaient déjà injecté des drogues et que 36 % s'étaient injectés dans les six derniers mois. L'injection de drogues était l'indicateur primordial de la séroconversion au VIH. En 2005, dans une enquête menée par ARK Youth Outreach Program auprès de 35 jeunes de la rue de la Nouvelle-Écosse, 54 % ont révélé s'injecter au moins une drogue. La presque totalité des répondants (33 sur 35) a indiqué avoir connu des problèmes de santé liés à leur consommation de drogues, notamment la privation de sommeil et de nourriture, la paranoïa, la perte de connaissance, des sentiments de suicide, des émotions violentes et des infections. Trente-trois jeunes ont révélé avoir été sans-abri plus d'une fois au cours de leur vie et trente-trois répondants ont indiqué avoir consommé de la drogue avant de devenir sans-abri. Les jeunes qui ont participé à l'enquête ont nommé plusieurs causes de l'itinérance, y compris le manque de revenu, la famille, l'expulsion et les dépendances.[87] Un taux élevé d'utilisation de drogues injectables chez les jeunes de la rue a également été noté dans les autres villes du pays.[88]

Plus du tiers des utilisateurs de drogues injectables qui ont participé à cette analyse de l'environnement a précisé que les drogues consommées par les jeunes diffèrent de celles que consomment les personnes plus âgées. Des répondants ont indiqué que certaines drogues semblent être consommées par les jeunes, par exemple, les médicaments sur ordonnance comme le Ritalin et les drogues de confection. Le Groupe de travail sur l'OxyContin de Terre-Neuve-et-Labrador a constaté qu'un nombre de plus en plus important de jeunes qui recevaient des services de traitement de la toxicomanie avait une dépendance à l'OxyContin.[89] Il semble que cette tendance chez les jeunes de faire un mauvais usage des médicaments d'ordonnance est courante dans l'ensemble de l'Amérique du Nord. D'après une récente étude américaine, un adolescent sur dix a mentionné consommer de l'OxyContin,[90] indiquant que le mauvais usage des stupéfiants d'ordonnance est une tendance générale et qu'une augmentation de la prévalence de la consommation de l'OxyContin est une probabilité bien réelle.

Les thèmes se rapportant aux jeunes identifiés à partir des données de cette analyse de l'environnement comprenaient les observations suivantes des informateurs clés et des utilisateurs de drogues injectables :

- Nombre de jeunes consomment plusieurs drogues (c.-à-d., ils sont «polytoxicomanes»), mélangent différents types de drogues et ont tendance à faire davantage l'expérience de toutes les drogues qui leur sont proposées que les utilisateurs plus âgés. Cela est conforme à l'étude réalisée par le ARK Youth Outreach Program en Nouvelle-Écosse qui a révélé que la majorité des jeunes qui ont participé à l'enquête avaient essayé plusieurs types de drogues au moins une fois. La majorité avait essayé le LSD (97 %), la cocaïne (94 %), le crack (80 %), l'ecstasy (86 %), les amphétamines (77 %), le Dilaudid (66 %), et la PCP (71 %). Une approche de réduction des méfaits pour contrer l'expérience de la drogue chez les jeunes permettrait de recueillir de l'information factuelle sur les effets de ces drogues, surtout lorsque mélangées, et de décourager les jeunes à commencer à s'injecter des drogues.

> *Les jeunes ont plus tendance à utiliser une combinaison d'opiacés. Ou ils mélangent les opiacés et la cocaïne.*
> Informateur clé

- Les jeunes UDI ont tendance à considérer l'injection comme une activité sociale. La pression des camarades s'exerce fortement sur les jeunes et joue certainement un rôle important dans la décision de plusieurs jeunes de commencer à faire l'usage de drogues en général, et de drogues injectables en particulier. Cela souligne la nécessité d'aborder la prévention universelle et ciblée en matière de consommation de drogues et d'initiation aux drogues injectables selon une perspective fondée sur les pairs (p.ex., la sensibilisation et le counseling par les pairs, les techniques de négociation par les pairs, développer l'estime de soi, offrir des loisirs sains comme une option à la consommation de drogues, etc.). Les jeunes sont plus ouverts au sujet de leur consommation de drogues et utilisent davantage les endroits publics pour s'injecter des drogues. Cela a une incidence sur les services d'approche qui seront plus efficaces dans la réduction des méfaits chez les jeunes si les services sont offerts dans leur milieu naturel. Les cliniques mobiles d'échange de seringues, par exemple, sont un moyen d'intervention efficace dans les endroits publics.

> *Souvent, les jeunes ne sont pas dépendants, ils le font pour être cool, souvent à un party. Ils sont fiers de cela et le font en groupe.*
> Informateur clé

- Les jeunes UDI ne savent peut-être pas comment utiliser le matériel adéquatement; ils peuvent demander à d'autres de leur injecter les drogues ou adopter des pratiques d'injection à risque; ils ont tendance à s'injecter dans la même partie du corps et sont plus sujets à la surdose. Certains répondants ont souligné que les jeunes sont moins responsables avec les seringues usagées et adoptent des moyens non appropriés pour se défaire des seringues. Des répondants ont indiqué la présence de seringues usagées et de condoms laissés par les jeunes dans les endroits publics ce qui

> *Un jeune qui n'a pas d'expérience va utiliser la même veine, fois après fois. Ils ne serrent pas le bras et se font beaucoup de dommages. Avec l'expérience, tu sais quand quelque chose va mal; il semble que ce soit plutôt les jeunes qui ont des surdoses.*
> Utilisateur de drogues injectables

augmente les risques de blessures pour le grand public. Là encore, l'éducation entre les pairs et l'action sociale sont des façons valables pour sensibiliser les personnes qui commencent à s'injecter sur les questions de réduction des méfaits. Des UDI expérimentés, plus particulièrement ceux qui utilisent les PÉS, devraient organiser des échanges de seringues collectifs pour les jeunes qui s'initient à la drogue par injection et agir comme mentor dans des pratiques d'injection sécuritaires.

> *Leurs pratiques d'injection dépendent de la personne qui leur a apprises. Si un jeune apprend comment s'injecter d'une personne plus âgée, il a probablement appris comment se protéger – du VIH, de l'hépatite C et des autres choses.* Utilisateur de drogues injectables

- Les jeunes ont moins tendance d'utiliser les services de traitement de la toxicomanie. Étant donné le nombre limité de services de traitement de la toxicomanie axés vers les jeunes au Canada atlantique, c'est un secteur que doivent améliorer les gouvernements provinciaux et les régies de la santé. Il est important de favoriser l'accès des enseignants et des parents aux ressources de formation pour les aider à reconnaître quand les jeunes ont besoin de traitement pour leur dépendance et à savoir comment avoir accès au traitement.
- Des répondants ont indiqué que les jeunes ont des relations sexuelles en groupe et qu'ils ne considèrent pas les rapports sexuels oraux comme un comportement à risque. De plus, certains jeunes partagent le matériel de tatouage.

FEMMES

> *Les femmes sont plus susceptibles d'être victimes de violence et d'agression sexuelle lorsqu'elles demandent ou consomment des drogues.* Informateur clé

Les femmes représentent une proportion croissante de ces tests séropositifs du VIH au Canada. En 2003, 25 % des tests positifs déclarés concernaient des femmes. L'exposition hétérosexuelle et l'utilisation de drogues injectables sont deux comportements majeurs à risque d'infection par le VIH chez les femmes. Chez les femmes, la proportion des tests positifs pour le VIH qui étaient attribuables aux UDI a varié, de 1985 à 2003, entre 27 % et 47,5 %, atteignant son maximum en 1999, et semble diminuer légèrement depuis cette période.[91] Durant les six premiers mois de 2004, la proportion des tests positifs attribuables à l'utilisation de drogues injectables était, chez les femmes adultes, de près de 30 %. Les résultats de la Vancouver Injection Drug User Study (VIDUS) ont révélé que de mai 1996 à décembre 2000, les taux d'incidence du VIH chez les femmes UDI de cette ville étaient environ 40 % plus élevés que ceux des hommes UDI.[92]

Selon les informateurs clés de cette analyse de l'environnement qui travaillent dans les services d'échange de seringues et de traitement de la toxicomanie au Canada atlantique, la majorité des gens qui utilisent leurs services sont des hommes. Comme dans l'analyse de 2000, la majorité des répondants a souligné que le nombre d'hommes UDI était plus

élevé que le nombre de femmes, ce qui ressort également des rapports d'autres administrations dans tout le Canada. Environ 25 % des utilisateurs de drogues injectables du Canada sont des femmes. En général, les femmes UDI sont plus jeunes que les hommes et ont davantage tendance à participer à l'industrie du sexe et à connaître des problèmes de déséquilibre de pouvoir dans leurs relations.[93] Ce déséquilibre de pouvoir a des répercussions sur leur accès aux drogues et à des méthodes d'injection et des pratiques sexuelles à risques réduits. Elles sont plus à risque de maladies infectieuses telles que le VIH, l'hépatite B et l'hépatite C.

Les femmes avec des enfants craignent de perdre la garde de leurs enfants si on sait qu'elles s'injectent des drogues.

Utilisateur de drogues injectables

Une différence importante entre les hommes et les femmes UDI est que les femmes ont davantage tendance à cacher le fait qu'elles consomment en s'injectant dans les parties cachées de leur corps – sur les seins, les aisselles, derrière les genoux et les cuisses ou entre les orteils. Plusieurs répondants ont également mentionné que les collapsus veineux et les cicatrices sont plus fréquents chez les femmes, ce qui les oblige à changer plus souvent l'endroit où elles se piquent.

Les utilisateurs de drogues injectables qui ont participé à la présente analyse ont indiqué que la non-utilisation du condom constituait le comportement sexuel à risque le plus courant dans leur collectivité. Les enjeux pour les femmes entourant la question du port du condom ont été soulevés par plusieurs utilisateurs de drogues injectables. Le fait que certains clients de l'industrie du sexe insistent pour des relations sans condom est un problème pour les femmes. Il y a aussi le problème des narcotrafiquants qui échangent des faveurs sexuelles contre de la drogue. Ces deux situations rendent donc les femmes plus à risque de contracter des maladies infectieuses et d'être victimes de violence ou d'abus. Ces enjeux ont également été traités dans les recherches effectuées à l'extérieur du Canada atlantique.[94]

Les amis le font en premier, les blondes deviennent curieuses et ne veulent pas être en reste. Si vous ne pouvez pas les battre, joignez-vous à eux. Plusieurs femmes demandent à leur ami de préparer les drogues et de leur injecter.Parfois, les hommes diluent la drogue ou changent de drogues sans le dire. Parfois, les hommes font en sorte que les femmes deviennent dépendantes de la drogue de sorte qu'elles se prostituent.

Utilisateur de drogues injectables

La question de pouvoir est un aspect de la dynamique des sexes qui intervient dans les comportements adoptés lors de l'injection. Les questions de pouvoir et de contrôle cernées dans l'analyse de l'environnement de 2000 sont également présentes en 2005. Plusieurs répondants ont souligné le déséquilibre du pouvoir dans les relations entre les hommes et les femmes. Les hommes auront souvent le contrôle de l'approvisionnement en stupéfiants ou demandent que leur partenaire sexuelle échange des faveurs sexuelles contre de l'argent pour acheter la drogue pour les deux partenaires. Plusieurs répondants ont indiqué que les femmes reçoivent souvent des injections administrées par leur partenaire et, dans certains cas, contre leur gré. Les femmes ont souvent moins de pouvoir dans leurs rapports avec les hommes et ont de la difficulté à négocier avec les hommes des pratiques d'injection et de pratiques sexuelles sécuritaires. Dans certains cas, les femmes dépendent de leurs homologues

masculins en ce qui a trait à leur drogue.[95] Dans bien des cas, les partenaires sexuels masculins sont principalement responsables de l'initiation à l'injection de drogues chez les femmes.[96] Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à se faire injecter directement par une autre personne,[97] quoiqu'on ignore combien d'entre elles se font injecter contre leur gré. Les recherches démontrent également que les femmes sont biologiquement plus sujettes à la transmission du VIH/VHC par suite de relations hétérosexuelles.[98] Le recours au travail du sexe augmente les risques d'infection, et le risque augmente proportionnellement avec le nombre de clients.[99] Les femmes UDI ont souvent des antécédents de violence physique ou sexuelle, ce qui contribue à leur incapacité de négocier des pratiques plus sécuritaires et ce qui accroît leur risque.[100,101]

> *Définitivement, les femmes sont différentes parce qu'un vendeur peut dire: «tu me masturbes et je te donne de la drogue et si tu le fais pour mes amis je t'en donne encore plus».*
> Utilisateur de drogues injectables

La presque totalité des informateurs clés du Canada atlantique a souligné qu'il existe une différence entre les sexes dans les méthodes utilisées pour obtenir des drogues. Les répondants ont mentionné que plusieurs femmes ont tendance à participer à l'industrie du sexe soit pour de l'argent pour acheter des drogues ou pour en obtenir directement alors que les hommes ont davantage tendance à être impliqués dans des vols pour financer leur consommation de drogues. Cette observation est appuyée par des recherches réalisées au Canada atlantique et ailleurs. Plusieurs femmes UDI participent à l'industrie du sexe ce qui entraîne des répercussions de portée physique, émotionnelle, sexuelle et spirituelle.[102] Parmi les répondantes à l'enquête pilote canadienne I-Track sur l'injection de drogues, trente-neuf pour cent (39 %) a indiqué participer à l'industrie du sexe.[103]

Il existe également une inégalité des sexes en ce qui concerne l'accès au traitement de la toxicomanie. Les services provinciaux de lutte contre la toxicomanie de l'Île-du-Prince-Édouard sont les seuls à mentionner des programmes de traitement des toxicomanies conçus expressément pour les femmes. En 2003-2004, dans la région de Fredericton/Woodstock au Nouveau-Brunswick, seulement 35 % des 696 résidents admis aux programmes provinciaux de traitement externe pour les toxicomanies sont des femmes. Les femmes qui participent aux programmes de traitement sont plus susceptibles que les hommes d'être financièrement à la charge d'une autre personne; il y a moins de chance qu'elles viennent chercher un traitement. Certaines recherches ont révélé que le taux de réussite de certains traitements, par exemple le traitement à la méthadone, est moins élevé chez les femmes. Cette situation peut être en partie due au fait qu'on ne met pas suffisamment l'accent sur la situation sociale et les réalités économiques des femmes.[104] Les femmes qui ont des enfants ou qui sont enceintes craignent souvent d'admettre qu'elles consomment des drogues en raison du risque qu'on leur enlève leur enfant. Il est essentiel d'adopter une approche axée sur la famille en matière de services – soins de santé primaire, traitement de la toxicomanie, services sociaux – pour répondre aux besoins des femmes.

Des efforts supplémentaires doivent être menés par certains intervenants, dont les gouvernements, les établissements de santé, les fournisseurs de soins de santé et les

femmes séropositives pour que des modèles adéquats soient établis pour la prestation de services de santé et de soutien qui reconnaissent et confirment les rôles multiples tenus par les femmes, ainsi que l'importance d'inclure ces rôles dans les plans de soins et de soutien. Afin de réduire les méfaits de l'utilisation de drogues injectables chez les femmes, des interventions ciblées sont nécessaires pour favoriser, chez la femme, le sentiment de responsabilisation et des techniques pour négocier des pratiques sexuelles et de consommation plus sécuritaires. Les professionnels qui traitent la toxicomanie doivent s'assurer que les options de traitement sont spécifiques aux femmes, et que les femmes sont traitées comme des femmes (et non seulement comme des mères), tout en reconnaissant et en tenant compte de leur rôle comme pourvoyeurs de soins en offrant des modèles de traitement axés sur la famille. Comme dans le cas des barrières associées aux traitements, des facteurs sociaux et économiques empêchent les femmes séropositives de respecter la posologie de leurs médicaments. Toutefois, les femmes font face à un fardeau supplémentaire : comme elles ont toujours joué le rôle de soignantes pour leur famille, elles consacrent une grande partie de leur temps et de leur énergie à prendre soin des autres. En ne prenant pas leurs médicaments ou en les prenant plus tard que ce qui est prescrit, les femmes séropositives peuvent abaisser leur niveau de santé en général.

PERSONNES VIVANT DANS LES RÉGIONS URBAINES COMPARATIVEMENT AUX RÉGIONS RURALES

Quoique l'utilisation de drogues injectables soit souvent associée aux problèmes urbains et des grandes villes, un grand nombre de faits prouve qu'elles sont également présentes dans les communautés rurales. L'utilisation de drogues injectables dans les régions rurales de la Nouvelle-Écosse est particulièrement bien documentée.[105] Le rapport final 2005 par le Mainline Needle Exchange révèle l'existence de plusieurs petits groupes de gens dans les petites municipalités et les communautés rurales du sud-ouest de la Nouvelle-Écosse qui utilisent des drogues injectables. Les UDI des régions rurales ont un accès limité aux services de réduction des méfaits et ont une connaissance limitée des risques associés au partage des accessoires facilitant la consommation de drogues autres que les seringues.

> *Dans une petite communauté, il y a plus de chances qu'on saura que tu consommes. Dans une petite communauté, tu ne peux pas aller à la pharmacie parce qu'il y a toujours une chance qu'on te connaîtra. Il n'y a pas de programme d'échange de seringues, alors tu dois acheter tes seringues, les gens le remarquent et commencent à parler. Dans un grand centre tu passes inaperçu. C'est plus difficile de se procurer de la drogue dans les petites communautés.*
>
> Utilisateur de drogues injectables

Tout comme l'analyse de l'environnement de 2000, les données de 2005 ne révèlent aucune tendance dans les différences quant à l'utilisation des drogues injectables dans les régions urbaines et rurales. Des répondants des quatre provinces croient qu'il existe, dans les régions urbaines et rurales, des différences dans les modèles d'utilisation des drogues injectables alors qu'un nombre

presque équivalent croit qu'il n'existe aucune différence. Les différences notées étaient les suivantes :

- Il y a peu ou pas de services pour les utilisateurs de drogues injectables dans les régions rurales. En plus du manque de Programmes d'échange de seringues, les programmes de traitement à la méthadone et d'autre soutien pour le traitement des toxicomanies sont peu nombreux.
- En raison du manque de PÉS, il est difficile de trouver des seringues stériles dans les régions rurales, ce qui se traduit souvent par la réutilisation ou le partage de seringues et des autres accessoires. La crainte d'être identifié empêche plusieurs UDI des régions rurales d'aller chercher des seringues propres à leur pharmacie locale.
- On ne peut pas avoir facilement accès aux drogues dans les petites communautés, ou le choix de drogues est limité.
- Puisque l'utilisation des drogues injectables est mieux acceptée dans les centres urbains, les UDI des régions urbaines ont tendance à être plus ouverts sur leur consommation de drogues injectables. Dans les régions rurales, les UDI ont tendance à s'isoler davantage et à être plus discrets.
- Les régions rurales particulières ont des cultures différentes qui déterminent la fréquence de l'utilisation de drogues injectables et le type de drogues injectées. Par exemple, dans une communauté à proximité des frontières américaines la consommation des opiacés d'ordonnance pourrait être plus répandue en raison des échanges transfrontaliers, alors qu'une autre communauté à proximité des ports de mer pourrait afficher un taux élevé de consommation de cocaïne en raison de la facilité d'importation et d'exportation par voie maritime.
- L'utilisation de drogues injectables est généralement plus répandue dans certaines communautés et certains quartiers des régions urbaines, et différents quartiers ont différentes cultures sur l'utilisation de drogues injectables.

Il ne se fait pas tellement de recherche sur les différences dans les comportements en matière de consommation de drogues injectables entre les milieux urbains et ruraux. Tout comme l'ont révélé les informateurs clés, les recherches existantes présentent des conclusions différentes sur les répercussions de l'usage de drogues injectables sur la vie des gens en milieu urbain comparativement à ceux en milieu rural. L'Enquête sur les toxicomanies au Canada effectuée en 2005 révèle que «les différences dans l'utilisation de drogues illégales entre les résidants ruraux et non ruraux ne sont généralement pas importantes».[106] Par contre, des études réalisées au Canada atlantique ont révélé que les utilisateurs de drogues injectables qui habitent les régions rurales sont plus susceptibles d'adopter des comportements qui les prédisposent à prendre des risques. Cela s'explique principalement par le manque de services et la réticence à accéder aux services en raison de l'absence de confidentialité. Parmi les UDI des régions rurales de la Nouvelle-Écosse qui ont participé à une évaluation des besoins menée à l'échelle provinciale, le trois quart des participants a déclaré avoir partagé des seringues et d'autre matériel d'injection, un comportement que les auteurs de l'étude attribuent au manque d'accès à des seringues

propres dans les régions rurales.[107] La même évaluation des besoins a révélé que la distance pour se rendre aux programmes de traitement est un obstacle important pour les UDI des régions rurales.

Le rapport final de 2005 commandé par le Mainline Needle Exchange de la Nouvelle-Écosse révèle que son groupe de personnes composé de 74 UDI, qui agissaient comme «aidants naturels» dans les Districts de santé 1, 2 et 3, desservait jusqu'à 180 utilisateurs de drogues injectables dans les régions en dehors de Halifax. (Les aidants naturels fournissaient du matériel propre aux utilisateurs de drogues injectables qu'ils connaissaient dans leur communauté et les mettaient en contact avec les PÉS). Les utilisateurs de drogues injectables qui n'ont pas accès à des seringues propres par l'entremise d'un PÉS achètent ou volent des seringues des pharmacies, des hôpitaux ou de personnes qui sont des diabétiques connus.[108]

Le mélange rural-urbain observé dans la région de l'Atlantique est radicalement différent de celui du reste du Canada, une réalité qui influe également sur les résultats de santé. Selon les données du recensement de 2001,[109] seulement 20 % de la population canadienne vit dans des régions rurales, comparativement à 55 % à l'Île-du-Prince-Édouard, à 50 % au Nouveau-Brunswick, à 44 % en Nouvelle-Écosse et à 42 % à Terre-Neuve-et-Labrador.[110]

Les populations rurales ont des revenus inférieurs à ceux des résidents des régions urbaines, la Nouvelle-Écosse enregistrant la plus grande disparité de revenu entre les régions rurales et les centres urbains du Canada, alors que les trois autres provinces de l'Atlantique présentent les plus faibles disparités. Les collectivités qui dépendent de la pêche, de l'agriculture, de l'activité minière et d'autres ressources naturelles ont souffert du déclin de leur viabilité économique au cours des dix dernières années, et les difficultés économiques engendrent souvent un taux plus élevé de troubles de santé mentale et de problèmes de toxicomanie. Selon les conclusions d'une étude qualitative menée en 2001 dans six collectivités de pêcheurs,[111] l'effondrement de la pêche de fond au début des années 1990 a nui à la santé et au bien-être des femmes. Le principal problème de santé signalé par les femmes était le stress. Elles ont également mentionné l'anxiété et la dépression. Davantage de cas de dépendance au jeu, d'alcoolisme, de toxicomanie et de violence familiale étaient observés dans les collectivités, spécialement chez les hommes.

La vulnérabilité générale à l'utilisation de drogues injectables et à l'infection par le VIH et par le VHC semble être plus grande dans les régions rurales, une situation qui s'est aggravée par un accès moindre aux services de réduction des méfaits. D'autres recherches devraient être entreprises sur les populations rurales et leur vulnérabilité au VIH et au VHC, de même que sur la prévalence de l'usage de drogues injectables dans les régions rurales. Les entrevues pour cette analyse de l'environnement ont été menées avec des informateurs clés et des utilisateurs de drogues injectables qui habitent principalement dans les centres urbains. Pour obtenir de l'information plus pertinente sur les enjeux qui touchent les collectivités rurales de l'Atlantique, il faudrait effectuer des entrevues avec un plus grand nombre de personnes qui travaillent et vivent en milieu rural.

MINORITÉS ETHNOCULTURELLES

Au Canada, 4,4 % de la population est autochtone. Dans quatre régions sociosanitaires du Canada atlantique, ce pourcentage est équivalent ou supérieur à la moyenne canadienne.[112] La région sociosanitaire du Labrador a la plus importante proportion d'Autochtones au Canada atlantique, soit 28,7 %. Le pourcentage d'Autochtones est de 9,6 % dans la région sociosanitaire de Grenfell, qui comprend le nord de Terre-Neuve, et de 4 % à Miramichi, au Nouveau-Brunswick, et au Cap-Breton, en Nouvelle-Écosse. À l'échelle nationale, près de la moitié de la population autochtone habite dans les villes, mais la majorité des Autochtones du Canada atlantique vit dans des collectivités rurales.[113]

Les Autochtones sont surreprésentés parmi les cas de sida déclarés au Canada,[114] en comptant pour 14,4 % des cas de sida dont l'origine ethnique est connue. Environ la moitié (45 %) de tous les rapports de tests positifs pour le VIH chez les Autochtones concernent des femmes, comparativement à 16,7 % chez les Blancs. Les rapports de tests positifs pour le VIH indiquent que l'injection de drogues est la catégorie d'exposition dominante chez les Autochtones, comptant pour 59,4 % des rapports de tests positifs pour le VIH, comparativement à seulement 30 % chez tous les nouveaux cas.

La documentation montre assez clairement que les Autochtones du Canada constituent une population à risque particulièrement élevé en ce qui a trait à l'utilisation de drogues injectables.[115,116,117] Les Autochtones ont de nombreux handicaps sociaux qui les exposent à des risques accrus d'utilisation de drogues injectables et aux maladies infectieuses associées à leur usage. Tel que le stipule le document publié par Santé Canada *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*, «Les Autochtones du Canada souffrent de nombreux handicaps sociaux souvent associés à cet usage inapproprié : la pauvreté, le manque d'éducation, une structure familiale instable, la violence physique et le manque de réseaux de soutien social. Ces handicaps sociaux ont été accélérés ou exacerbés par la discrimination, par les répercussions de l'expérience des écoles résidentielles et par les obstacles aux soins de santé comme les obstacles sur le plan de la langue et le manque de services adéquats ou adaptés à la culture.»[118] Les Autochtones sont surreprésentés dans les groupes les plus vulnérables au VIH/VHC, notamment les utilisateurs de drogues injectables, les travailleurs de l'industrie du sexe et les détenus. La Commission Romanow a signalé des taux croissants d'infection par le VIH et des taux élevés d'incapacité, de problèmes cardiaques et d'exposition à l'alcoolisme et à la toxicomanie chez les peuples autochtones.[119] Les Autochtones ont, de façon constante, une plus courte espérance de vie et des taux élevés d'obésité, d'alcoolisme, de tabagisme et de toxicomanie chez les jeunes. Un tiers de la population autochtone est âgée de moins de 15 ans, et un pourcentage élevé de ces enfants vit dans des familles monoparentales. Les taux de suicide chez les hommes autochtones âgés de 16 à 30 ans sont environ dix fois supérieurs à celui enregistré chez les hommes non autochtones.

Une étude réalisée en Nouvelle-Écosse qui comportait des entrevues avec 14 UDI autochtones révèle que la majorité des participants ont commencé à consommer de l'alcool et de la drogue entre l'âge de 12 à 14 ans. L'étude révèle également que les Autochtones vivant dans les réserves se heurtent à des barrières lorsqu'ils tentent d'avoir

accès à des services de réduction des méfaits, en raison de la distance pour se rendre aux services existants, du manque de programmes culturellement adaptés et un manque de solutions de rechange, notamment des services à domicile.[120]

Tout comme les données du rapport de 2000, la majorité des informateurs clés qui ont participé à l'analyse de l'environnement de 2005 a indiqué ne pas connaître de différence dans l'utilisation de drogues injectables des gens des diverses origines ethniques ou culturelles. Seulement sept participants ont pu fournir de l'information sur les différences ethniques et culturelles. Tous ont formulé des commentaires sur les questions qui touchent la population autochtone, mentionnant plus particulièrement que les Autochtones vivant sur une réserve sont plus susceptibles de cacher le fait qu'ils utilisent des drogues injectables. Ils ont également souligné qu'il y a très peu de ressources adéquates sur le plan culturel pour les collectivités des Premières nations et que la méthadone n'est pas disponible sur les réserves.

En Nouvelle-Écosse, comme dans l'ensemble du Canada, les Afro-Canadiens représentent 2 % de la population. Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard et le Nouveau-Brunswick ont une population afro-canadienne beaucoup moins nombreuse (0,1 %, 0,2 %, et 0,4 % respectivement).[121] On sait que les Afro-Canadiens sont surreprésentés parmi les cas de sida au Canada : 20,7 % des cas de sida dont on connaît l'origine ethnique.[122] Il y a aussi eu une augmentation dans la proportion de cas de VIH signalés chez les Afro-Canadiens, notamment chez les femmes. Environ la moitié (49,5 %) de tous les rapports de tests positifs pour le VIH chez les Noirs concerne des femmes, comparativement à seulement 16,8 % chez les Blancs. Les personnes dont l'infection par le VIH était attribuée à des contacts hétérosexuels représentaient la plus forte proportion des cas séropositifs chez les Noirs (84,5 %).

La maladie cardiaque, le cancer, l'hypertension artérielle, l'arthrite, l'asthme chronique et le diabète sont fréquents chez les Afro-Canadiens. Les taux de pauvreté sont très élevés. Un rapport sur la ségrégation dans les villes canadiennes, notamment Dartmouth et Halifax, en Nouvelle-Écosse, a révélé que 40 % des Afro-Canadiens vivaient dans des régions où les taux de pauvreté étaient supérieurs à 30 %. Les pauvres de toute descendance à Dartmouth et à Halifax représentaient environ 15 % et 17 % de la population, respectivement, mais le taux de pauvreté chez les Afro-Canadiens était de 40,6 % à Dartmouth et de 39,7 % à Halifax. En revanche, le taux de pauvreté chez la population de descendance européenne était de 12,6 % à Dartmouth et de 15,9 % à Halifax.[123] Une étude décrit le traitement différentiel défavorable, fondé sur la race, la classe et le sexe que subissent les femmes afro-canadiennes en Nouvelle-Écosse.[124] Les trois collectivités rurales afro-canadiennes étudiées présentent des niveaux élevés de ségrégation et ne disposent pas des ressources nécessaires à l'établissement d'infrastructures saines dans les domaines de l'éducation, du logement, de l'emploi et du loisir. Les trois collectivités affichent un taux de chômage de 65 %, des taux supérieurs à la moyenne d'analphabétisme, des logements inadéquats et des ressources limitées d'aide sociale.

De façon globale, il y a très peu d'information sur les questions liées à l'utilisation de drogues injectables chez les populations autochtones et noires du Canada. Il existe peu d'études, d'indicateurs ou de statistiques sur la santé des Afro-Canadiens des provinces de l'Atlantique, et il n'y a pas d'information disponible sur l'usage de drogues injectables

dans les autres collectivités ethniques et culturelles du Canada atlantique, notamment les immigrants, les Acadiens et les francophones. Ces questions nécessitent des études approfondies afin de mieux comprendre comment réduire les méfaits associés à la grande vulnérabilité de ces populations.

DÉTENUS

Certaines populations très vulnérables à l'infection par le VIH et par le VHC ont une forte probabilité d'emprisonnement en raison de leurs comportements, notamment la consommation de drogues et le travail dans l'industrie du sexe. La toxicomanie présente un défi de taille pour le système correctionnel du Canada. Les statistiques en disent long :[125] la toxicomanie serait un facteur contribuant au comportement criminel de 70 % des délinquants admis dans des pénitenciers fédéraux. Parmi ces délinquants, 61 % ont des problèmes d'alcool, 69 %, des problèmes de drogues, 47 %, des problèmes d'alcool et de drogues, tandis que 44 % sont des polytoxicomanes. Plus de 20 % des délinquants admis dans des pénitenciers fédéraux ont commis au moins une infraction liée à la drogue.

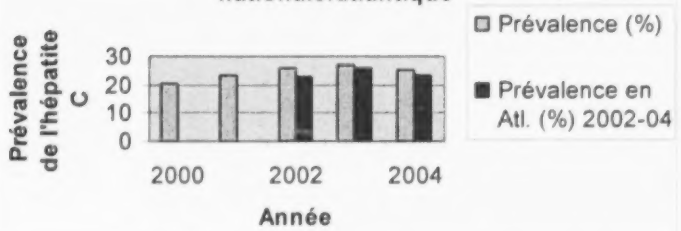
L'injection de drogues est également un problème chez les détenus. Des études ont révélé que le pourcentage de détenus qui s'injectent des drogues lors de leur séjour en prison se situait entre 19 et 56 pour cent, et que la majorité d'entre eux partagent les seringues.[126,127,128,129] On estime que la prévalence du VIH chez les détenus se situe entre 1 et 4 pour cent chez les hommes, et entre 1 et 10 pour cent chez les femmes, l'infection étant solidement associée à des antécédents d'UDI. Lorsqu'ils sont incarcérés, plusieurs détenus continuent à s'injecter. Par exemple, dans une prison fédérale en Colombie-Britannique, 67 % des détenus qui ont participé à une enquête ont signalé utiliser des drogues injectables à l'intérieur ou à l'extérieur de la prison, et 17 % ont indiqué consommer des drogues en prison seulement. Dans le système fédéral de détention du Canada (où l'on purge des peines de plus de deux ans), le nombre de cas rapportés de VIH/sida est passé de 14 en janvier 1989 à 159 en mars 1996, puis à 251 en 2002. Cela signifie que l'on sait que 2,01 % des détenus d'établissements fédéraux sont séropositifs.[130] Alors que moins de 3 % de la population canadienne est autochtone, la proportion des cas de sida attribuée à cette collectivité représente 15 % de la population en milieu carcéral fédéral.

Dans une enquête menée auprès des détenues d'une prison du Québec en 1994, 38 % ont déclaré s'être injecté des drogues avant leur incarcération, et près de la moitié de ces femmes avaient partagé des seringues. En outre, 11 % de ces répondantes ont reconnu s'être injecté des drogues au cours de leur séjour en prison, et la plupart (80 %) ont partagé des seringues. Dans cette même étude, 26 % des hommes ont dit s'être injecté des drogues avant leur incarcération, et près de la moitié de ces hommes avaient partagé des seringues. De plus, 2 % de ces répondants ont déclaré s'être injecté des drogues lors de leur séjour en prison, et la plupart (92 %) ont partagé des seringues.[131]

Les participants à la présente analyse de l'environnement corroborent les études ayant fait ressortir que les détenus affichent un taux de prévalence de l'infection par le VIH, par le VHB et par le VHC plus élevé que la population générale, et présentent un risque accru de transmission, car ils adoptent souvent divers comportements à risque élevé.[132,133,134]

Depuis 2000, on a noté chez les détenus très peu de changement dans la prévalence des comportements à risque liés à l'injection. À la fin de 2004, les données de surveillance du Service correctionnel du Canada indiquent que 1,43 % des détenus sous responsabilité fédérale (N=188) était séropositif pour le VIH.[135] Le taux d'infection par le VIH était plus élevé chez les détenus de sexe féminin (3,44 % à la fin de 2004) que chez les détenus de sexe masculin (1,37 %). À la fin de 2004, le nombre de détenus atteints du VHC représentait 25,2 % (N=3,303) de la population carcérale, une hausse importante par rapport à 2000; le pourcentage s'établissait alors à 20,1 %.[136] Comme le montre le tableau 10, la prévalence du VHC dans la population carcérale sous responsabilité fédérale a augmenté depuis 2000. Le pourcentage d'infection par le VHC était plus élevé chez les femmes (37,6 % à la fin de 2004) que chez les hommes (24,8 %).[137] Dans la région de l'Atlantique, la prévalence du VHC chez les détenus des prisons fédérales était de 23,7 % en 2004. Le graphique 4 et le tableau 10 présentent la fréquence, la prévalence au Canada et la prévalence dans la région atlantique du VHC, au fil du temps, en milieu carcéral fédéral.

Graphique 4 : Hépatite C chez la population carcérale sous responsabilité fédérale SCC : nationale/atlantique



Source: Système de surveillance des maladies infectieuses, données provisoires, 2006, Service correctionnel du Canada.

Tableau 10 : Hépatite C chez la population en milieu carcéral fédéral, 2000-2004

	2000	2001	2002	2003	2004
Fréquence	2,524	2,993	3,173	3,260	3,303
Prévalence au Canada (%)	20,1	23,6	25,8	26,8	25,2
Prévalence au Canada atlantique (%)			22,8	25,9	23,7

Source: Système de surveillance des maladies infectieuses, données provisoires, 2006, Service correctionnel du Canada.

UTILISATEURS DE STÉROÏDES ANABOLISANTS

Dans la région atlantique, et dans tout le Canada, on comprend très peu les enjeux liés à l'injection de stéroïdes anabolisants. La AIDS Coalition of Cape Breton a effectué un projet de recherche[138] dans le but d'élaborer et de mettre en oeuvre de nouvelles stratégies au sein de son Sharp Advice Needle Exchange (SANE) pour mieux répondre aux besoins des utilisateurs de stéroïdes injectables du Cap-Breton. Au total, 423 personnes ont participé à l'enquête : 239 hommes et 184 femmes. Le groupe était composé de 301 élèves, la majorité âgée de 15 à 18 ans inscrits en 10, 11 et 12 année dans trois écoles secondaires publiques; neuf membres d'un centre de jeunes; et 113 membres de centres de conditionnement physique de la région industrielle du Cap-Breton. Parmi les 423 répondants, 34 ou 8 % ont admis prendre des stéroïdes anabolisants : 19 étaient des élèves et les autres des membres des centres de conditionnement physique. Parmi les 34 utilisateurs de stéroïdes, 28 étaient des hommes, six des femmes et 61,7 % étaient âgés de 15 à 18 ans. Parmi les personnes qui ont admis prendre des stéroïdes anabolisants, 17,6 % s'injectaient les stéroïdes anabolisants, 41,2 % les prenaient oralement et 41,2 % les avaient pris oralement et par injection. Chez les utilisateurs de stéroïdes injectables, 40 % avaient adopté des comportements à risque. La majorité (62,5 %) de ceux qui adoptaient des comportements à risque le faisait en connaissant le risque de contracter le VHC par l'adoption de telles activités. Toutefois, 62,6 % de tous les répondants ignoraient l'existence du programme d'échange de seringues; 64,3 % utiliseraient les services offerts par le SANE, si besoin est. Parmi ceux qui n'utiliseraient pas les services offerts par le SANE, 40 % ont mentionné la position sociale comme raison les empêchant d'accéder à ces services.

Bien qu'ils représentent un faible pourcentage des utilisateurs de drogues injectables, il est important d'inclure les utilisateurs de stéroïdes anabolisants dans les messages et les programmes de réduction des méfaits. Ces programmes pourraient comprendre des activités ciblées pour les écoles secondaires, les équipes sportives et les centres de conditionnement physique.

ENVIRONNEMENT STRATÉGIQUE ET ENVIRONNEMENT DU PROGRAMME AU CANADA ATLANTIQUE

INTRODUCTION

Cette section présente un aperçu des programmes et des services en place au Canada atlantique de 2000 à 2005 pour les utilisateurs de drogues injectables. Pour donner de meilleurs résultats, les efforts déployés en vue de réduire les méfaits associés à l'usage de drogues injectables, comme l'infection par le VIH ou le VHC, doivent être orientés en tenant compte des facteurs sociaux, économiques et des droits de la personne.
En raison de la vulnérabilité sociale, économique, ethnoculturelle, liée au comportement, à l'âge ou au sexe, les programmes et politiques de réduction des méfaits doivent tenir compte des causes profondes de la toxicomanie et de l'infection par le VIH et le VHC. Faire face à la problématique de l'usage des drogues injectables en fonction d'une approche axée sur la santé de la population englobe un vaste éventail de programmes et de services et dépend de l'environnement politique à l'intérieur duquel ils existent. Selon les auteurs du rapport fédéral, provincial, territorial, *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*[139] une action globale dans plusieurs secteurs clés est nécessaire pour réduire l'impact de l'usage de drogues injectables. Conformément à l'approche utilisée dans ce document, les programmes et les services discutés dans cette section sont organisés en fonction du continuum allant de la prévention jusqu'au traitement.

L'information présentée dans cette section provient de données d'entrevues, de même que du Répertoire des services, des programmes, des initiatives stratégiques et des activités de recherche au Canada atlantique qui a été préparé dans le cadre de la présente analyse de l'environnement. L'objet du répertoire est de présenter un aperçu des nombreux organismes de la région qui participent à la recherche de solutions aux problèmes liés à l'usage de drogues injectables. Diverses sources ont permis de cibler les organismes et les personnes à contacter pour participer à cette analyse, notamment le *Profil de l'utilisation de drogues injectables au Canada atlantique* publié en 2000, des recherches sur l'Internet avec des mots-clés liés à l'usage de drogues injectables et des suggestions des membres du Comité consultatif supervisant la progression de cette analyse de l'environnement. Bien que les données de cette section proviennent de plusieurs sources, il faut souligner que ce n'est pas nécessairement un tableau complet des programmes offerts dans la région de l'Atlantique. Des organismes sont recensés dans chaque section pour illustrer certains aspects des programmes qui existent dans différentes régions du Canada atlantique.

La présente section est classée par groupes d'intervenants (ou types de programme) présentés autour de pratiques exemplaires ou des interventions recommandées suivies d'un aperçu des services, des initiatives et des programmes offerts par ces groupes. Dans certains cas, il y a suffisamment d'information pour présenter un aperçu provincial, tandis que, dans d'autres cas, la discussion se fait au niveau régional. Enfin, il y a une conclusion pour chaque groupe d'intervenants ou type de programmes où l'on détermine les principales réalisations et lacunes.

PROGRAMMES DE PRÉVENTION DE LA TOXICOMANIE

Pratiques exemplaires

En Amérique du Nord, les groupes cibles des initiatives de prévention sont de plus en plus souvent classifiés en fonction du niveau de risque (cibles universelles, sélectives et indiquées); un cadre de travail qui semble plus précis que les termes de prévention «primaire» et «secondaire».[140] L'orientation, l'intensité et la durée du programme varieront selon ces groupes cibles.

La prévention universelle fait référence aux activités préventives qui ciblent une vaste population ou une population «universelle» (p. ex., tous les élèves de certains niveaux scolaires), l'objectif étant de promouvoir la santé de la population, ou encore de prévenir ou de retarder l'initiation à la consommation. Les enfants et les jeunes, ainsi que les parents et les familles, sont souvent la cible des efforts de prévention universelle portant sur des facteurs de risque et des pratiques qui entraînent des problèmes de santé et des problèmes sociaux à court ou à long terme (notamment des accidents de la circulation et d'autres traumatismes, des grossesses non désirées, le suicide et d'autres problèmes du genre). Parmi les mesures souvent associées à la prévention universelle, il convient de mentionner les campagnes de sensibilisation, les programmes d'éducation sur les drogues à l'école, les initiatives communautaires polyvalentes et, dans le cas de l'alcool et du tabac, de diverses mesures de contrôle de l'offre et des prix. Les écoles sont des lieux extrêmement propices à une programmation universelle axée sur les jeunes, et elles doivent offrir des programmes appropriés à tous les niveaux. Étant donné le grand nombre d'enfants qui commence à consommer dès l'âge de 12 ans, la prévention primaire doit porter une attention particulière aux élèves de 9 ans et de 10 ans avant qu'ils en font usage.[141] Dans le cas des programmes axés sur les jeunes en général, le niveau minimal d'intensité est habituellement de 45 à 60 minutes par semaine pendant au moins 10 semaines. Les programmes assortis de «rappels» dans les années subséquentes se sont avérés les plus efficaces.

Certains jeunes et leur famille doivent relever des défis particuliers en raison de problèmes scolaires, d'un dysfonctionnement de la famille, de la pauvreté et d'une histoire familiale de problèmes attribuables à l'usage d'alcool et d'autres drogues (pouvant inclure une prédisposition génétique). Il convient donc de «sélectionner» ces personnes ou familles pour des programmes plus intensifs basés sur ces facteurs de risque. La prévention sélective vise à atténuer l'influence de ces risques et à empêcher ou à réduire les problèmes attribuables à la consommation en tablant sur les forces comme les stratégies d'adaptation (une aptitude personnelle à la résilience) et d'autres techniques de dynamique de la vie. Les enfants qui vivent dans un environnement difficile bénéficient grandement des interventions axées sur la prévention sélective durant les années préscolaires et les débuts à l'école. Les programmes d'éducation de la petite enfance, qui font participer les parents et les appuient dans la prestation des soins à leurs enfants, et qui sont assortis de visites à domicile, se sont avérés efficaces pour la prévention de la consommation et d'autres problèmes plus tard. Parce qu'à l'adolescence les garçons sont plus enclins que les filles à consommer de façon risquée, les programmes de prévention doivent axer leurs interventions davantage vers les garçons. Les approches fondées sur la famille visent à améliorer le fonctionnement de la famille et à réduire les

comportements antisociaux, y compris l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues chez les jeunes.

Certains jeunes qui consomment régulièrement de l'alcool ou d'autres drogues peuvent être à très haut risque de développer une dépendance et éprouvent habituellement une foule d'autres problèmes de santé et de problèmes sociaux. Ces jeunes peuvent bénéficier des programmes de prévention indiquée qui, par définition, sont plus intensifs. La prévention indiquée comporte souvent un élément qui permet de dépister ces jeunes et de les amener à réduire le plus possible les méfaits associés à leur mode de vie. D'autres services (intervention, gestion de cas, orientation vers divers intervenants) sont souvent nécessaires et peuvent être offerts par les écoles ou les organismes communautaires. Les activités doivent donc viser à réduire le plus possible les méfaits, dans le contexte des défis quotidiens que doivent relever ces jeunes.

Les stratégies de prévention (notamment la sensibilisation du public, l'éducation, le perfectionnement professionnel, le marketing social, l'action communautaire et l'élaboration de politiques) permettent, au fil du temps, de transformer les attitudes, les connaissances, les comportements et les conditions sociales de manière à réduire les risques que les gens, surtout les jeunes, ne commencent à consommer de l'alcool ou d'autres drogues de façon inappropriée ou à s'y adonner de façon plus néfaste, notamment par injection. Comme plusieurs UDI commencent à s'injecter durant leur adolescence, il est important que la prévention primaire commence à un jeune âge.[142] Étant donné que le développement psychosocial est souvent retardé chez les jeunes à haut risque, les programmes à l'intention de ces jeunes sont considérés jusqu'à l'âge de 24 ans. La prévention doit nécessairement commencer avant la période qui nous intéresse; c'est pourquoi les pré-adolescents (7 à 12 ans) contribuent aussi à la prévention primaire. Comme les jeunes ne sont pas une population homogène, les interventions doivent tenir compte des sous-populations de jeunes; ces distinctions sont fondées sur le sexe, le milieu urbain et rural, le niveau de risque, le contexte culturel et le stade du développement psychosocial.[143] Les études indiquent que les efforts de prévention doivent cibler les nouveaux utilisateurs de drogues injectables et ceux qui songent à faire l'essai de ces drogues[144] et démontrent l'efficacité de l'intervention par les pairs.[145]

Depuis 2000, plusieurs organismes communautaires ont demandé et reçu des fonds des programmes fédéraux pour élaborer et mettre en oeuvre des approches de prévention par les pairs. Dans certains cas, les programmes sont destinés spécifiquement aux populations considérées plus vulnérables aux infections (p. ex., les jeunes détenus).

Les meilleures pratiques relativement à la prévention précoce visent à prévenir les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues à l'aide d'activités conçues pour encourager les jeunes à ne pas consommer et d'activités visant à inciter ceux qui consomment à éviter les pratiques à haut risque qui peuvent entraîner de graves problèmes ou des méfaits. D'après le document de Santé Canada, *Prévention des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes - Un compendium des meilleures pratiques*, la revue de la documentation scientifique a permis de dégager les principes suivants qui sont à la base des programmes les plus efficaces visant à prévenir et à réduire la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes, et les méfaits qu'elle entraîne :[146]

Bâtir un cadre solide

- *Facteurs de protection, facteurs de risque et ressort psychologique* : Concentrez-vous sur les facteurs qui peuvent renforcer directement le ressort économique, ou qui, à l'inverse, contribuent le plus aux problèmes de la consommation d'alcool et d'autres drogues dans la population-cible.
- *Intégration :* Rattachez les activités aux efforts déployés par d'autres intervenants dans la communauté, à partir d'une approche holistique; cherchez à obtenir des appuis par l'entremise de politiques d'organismes et d'une réglementation de la municipalité ou d'autres paliers de gouvernement.
- *Durabilité et intensité :* Assurez-vous que le temps de contact avec les participants sera suffisant ; les besoins se manifestent au cours de l'enfance et de l'adolescence et ont tendance à s'intensifier à mesure que le facteur de risque s'accroît chez les participants.

Mettre l'accent sur la responsabilisation

- *Renseignements précis* : Le but du programme doit être fixé à partir de renseignements fiables- idéalement obtenus au niveau local- quant à la nature et à l'ampleur de la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes, des problèmes qui y sont associés et des caractéristiques des consommateurs.
- *Objectifs clairs et réalistes :* Établissez les objectifs et les activités du programme en fonction de la situation locale ; les objectifs doivent avoir un lien logique entre eux et être mesurables; on doit fixer une limite de temps pour les atteindre.
- *Surveillance et évaluation :* Évaluez le déroulement et l'impact des activités et surveillez le rapport coûts-avantages du programme.
- *Durabilité envisagée dès le début* : Dès le point de départ, il faut viser le long terme et intégrer le programme aux activités de base de l'organisme pertinent au sein de la communauté.

Comprendre les jeunes et les faire participer

- *Évolution du développement psychosocial des adolescents* : Il faut situer la consommation d'alcool et d'autres drogues dans le contexte des phases du développement des adolescents afin de pouvoir mieux lutter contre le problème.
- *Perception des jeunes à l'égard de la consommation :* Pour être crédible auprès des participants, le programme doit tenir compte des avantages et des risques que perçoivent les jeunes dans la consommation.
- *Participation des jeunes à l'élaboration et à l'exécution du programme :* Les jeunes doivent se voir eux-mêmes, et être vus par les autres, comme étant leur meilleure ressource pour réduire au minimum les méfaits associés à la consommation.

Mettre en place un processus efficace

- *Messages crédibles :* Les messages explicites et implicites d'un programme doivent être réalistes et crédibles aux yeux des participants.
- *Développement simultané des connaissances et des compétences* : Le développement des compétences doit être au cœur du programme et doit reposer sur une information précise et objective
- *Interaction entre les groupes :* Engagez les participants dans des activités et des discussions qui favoriseront le développement de leurs aptitudes.

- *Excellence et formation des enseignants ou des animateurs :* Choisissez et formez des animateurs ou des enseignants compétents et empathiques, qui seront capables de susciter la participation et l'interaction des jeunes.

Selon Poulin et Nicholson,[147] les intervenants ont révélé qu'une approche de réduction des méfaits est acceptable pour les élèves du deuxième cycle du secondaire, mais qu'elle ne convient pas au premier cycle. Pour ces élèves, on recommande des programmes axés sur l'abstinence. Cela est dû en partie à la baisse dans la prévalence de l'usage des drogues et aux variations considérables entre les élèves en ce qui a trait à la maturité et aux répercussions connexes sur la reconnaissance du fait que la réduction des méfaits n'est pas une permission de faire usage des drogues ou d'alcool.

Environnement du programme

Il existe, dans toute la région du Canada atlantique, nombre d'organismes qui oeuvrent dans le domaine de la prévention des toxicomanies, y compris des organismes communautaires, des services correctionnels et des services en toxicomanie subventionnés par l'État. Chacune des quatre divisions provinciales de l'Atlantique de la GRC a, en outre, des coordonnateurs du Service de sensibilisation aux drogues. Soucieux de remplir leur mandat de police communautaire et conscients du lien direct qui existe entre la toxicomanie et la criminalité, les services de police s'emploient à établir des partenariats de solution de problèmes et à offrir des programmes de prévention dans leurs communautés respectives. La GRC s'efforce de réduire la demande de drogues par l'intermédiaire de sa Section de la sensibilisation aux drogues.

Nouveau-Brunswick

Le ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick (Santé publique) finance des services régionaux de toxicomanie dans toutes les régions sanitaires de la province. La livraison des programmes varie entre les régions, mais chaque région offre les programmes suivants : programme de désintoxication, programme de consultation externe et services communautaires. Les services de prévention des toxicomanies s'inscrivent dans le cadre des services communautaires qui offrent des services de promotion de la santé, de prévention et d'intervention en vue de réduire l'incidence des cas de dépendance chez les Néo-Brunswickois. Les services comprennent des ressources documentaires et pédagogiques sur les problèmes de toxicomanie pour le système scolaire, le monde du travail, les professionnels et le public en général; des services directs individualisés et des programmes communautaires; de l'information sur les services d'intervention et de traitement; la promotion de mesures comme la mise sur pied d'initiatives communautaires telles que les groupes de soutien pour compléter les programmes de traitement; des services aux enfants et aux familles aux prises avec des problèmes de toxicomanie; et des cours de formation aux professionnels qui travaillent avec ces familles. Les travailleurs des services communautaires consultent les groupes communautaires pour identifier les ressources et les programmes au sein de la communauté qui traitent des problèmes relatifs à la dépendance.

PASAGE Saint John Inc. (prévention de la toxicomanie, information liée à l'abus de substances et au jeu), financé par Centraide – région de Saint-John et par Santé Canada (et par d'autres donateurs), offre des services de soutien et d'aiguillage aux parents

inquiets du comportement de leurs adolescents, plus particulièrement ceux qui ont des problèmes de toxicomanie et de dépendance. Les services comprennent des ateliers et des rencontres de soutien pour les parents, des conférences de sensibilisation et des programmes destinés aux jeunes, tels que «Too Cool for Drugs».

Terre-Neuve-et-Labrador

Des services de sensibilisation, de prévention et de traitement de la toxicomanie et du jeu sont offerts par le biais des Programmes de santé mentale et de toxicomanies dans les quatre Regional Integrated Health Authorities de la province. Des services d'intervention et de traitement sont disponibles pour les personnes qui ont un problème de toxicomanie ou de jeu ou qui sont affectées par les problèmes d'une autre personne. Les services comprennent un programme de désintoxication et de traitement de la dépendance aux opioïdes offert à St John's, des services d'éducation, de prévention et de counseling dans 22 bureaux à travers la province, de même qu'un programme de traitement à demeure d'une durée de 21 jours offert à Corner Brook pour les adultes. Du financement a également été octroyé et la planification est en cours pour l'élaboration d'un programme de jour à St. John's destiné aux adolescents. L'élaboration des politiques provinciales et des normes applicables aux programmes relèvent du ministère de la Santé et des Services communautaires. Le ministère a récemment lancé une campagne de sensibilisation du public qui comprend des documents imprimés et des documents affichés sur le Web (www.getuponit.ca). Cette campagne qui cible les jeunes et leurs parents fournit des renseignements sur l'alcool, les drogues, le jeu ainsi que de l'information sur les services disponibles.

Il existe à St. John's et à Goose Bay des Centres d'amitié autochtones. Ces centres offrent un programme d'éducation et de prévention qui comprend des programmes de sensibilisation à l'alcool et aux drogues intégrés au programme d'enseignement de la plupart des écoles fédérales et de bande; des ateliers d'éducation destinés principalement aux jeunes sous la responsabilité de l'intervenant communautaire en toxicomanie pour rejoindre les utilisateurs potentiels avant qu'ils commencent à consommer et un programme d'information publique qui offre des ateliers communautaires et qui distribue des trousses d'information.

Nouvelle-Écosse

Le ministère de Santé de la Nouvelle-Écosse est responsable de définir les services essentiels, le développement et la révision des normes et des meilleures pratiques pour la livraison des services, l'élaboration des politiques provinciales, le suivi et la vérification des programmes, la consultation avec les fournisseurs de services des autorités sanitaires de district et la facilitation pour l'élaboration des programmes provinciaux.[148] Les programmes et les services de toxicomanie pour les Néo-Écossais sont offerts par les autorités sanitaires de district. Les services étendent le continuum de la prévention, la sensibilisation de la collectivité, les mesures de dépistage et d'aiguillage, au traitement et à la réadaptation. Les programmes de prévention communautaire et de promotion de la santé visent à prévenir la consommation de drogues, à retarder le début de la consommation chez les enfants plus jeunes et à prévenir les méfaits associés à la toxicomanie et au jeu chez les adolescents et les adultes.

Le Red Door Adolescent Health and Support Centre à Kentville est un organisme communautaire où l'on ne porte pas de jugement, un organisme à but non lucratif qui offre des services cliniques confidentiels sur la santé, des services de promotion de la santé et d'éducation sanitaire aux jeunes et aux adultes de 13 à 30 ans. Il offre aux jeunes des services d'orientation scolaire et de clinique afin de leur permettre de faire des choix informés et responsables concernant l'usage d'alcool ou d'autres drogues et la santé sexuelle. Les services de consultation accessibles pour les jeunes comprennent des tests confidentiels de dépistage du VIH /sida, du counseling et des ateliers conçus pour répondre aux besoins des jeunes sur des sujets comme le VIH/sida, la dépression et l'estime de soi. Le ARK Outreach, un centre d'accueil pour les jeunes des rues de Halifax âgés de 16 à 24 ans, offre des services de soutien, des services de défense des droits, des programmes et de la nourriture.

Le projet de la AIDS Coalition of Cape Breton, Projet d'injection de stéroïdes, visait à réduire les comportements à risque chez les utilisateurs de stéroïdes injectables du Cap-Breton. Les trois principaux objectifs sont : une meilleure compréhension des comportements à risque chez les utilisateurs de stéroïdes injectables du Cap-Breton; une plus grande sensibilisation des utilisateurs potentiels de stéroïdes injectables à l'égard de l'hépatite C et de la transmission de cette maladie; et une plus grande utilisation par ceux-ci du programme d'échange de seringues Sharp. La AIDS Coalition of Cape Breton a terminé la composante de recherche du projet et cherche maintenant à élaborer et mettre en oeuvre de nouvelles stratégies au sein du Programme d'échange de seringues afin de mieux répondre aux besoins des utilisateurs de stéroïdes injectables du Cap-Breton.

On retrouve au Cap-Breton plusieurs initiatives de prévention du crime qui portent sur les problèmes liés aux drogues. Ces initiatives sont dirigées par le Service de police régional du Cap–Breton en collaboration avec le Conseil scolaire. Le Service de police régional est membre de l'initiative de partenariat en action communautaire de la municipalité régionale du Cap-Breton.

Île-du-Prince-Édouard

Les services d'alcoolisme et de toxicomanie provinciaux de l'Île-du-Prince-Édouard comptent deux initiatives de prévention pour l'abus de substances. Le Programme d'intervention précoce, appelé le «10-hour Pathways», est destiné aux adultes qui doivent composer avec les conséquences de leur usage ou de leur mauvais usage de produits chimiques (p. ex., suspension de permis de conduire pour conduite avec facultés affaiblies, acte de violence ou violation des conditions de la libération conditionnelle). Les clients peuvent avoir des problèmes de dépendance ou non, mais nécessitent d'autres interventions ou éducation pour ne pas se retrouver dans la même situation. Un deuxième programme, le Programme d'aide aux étudiants, est offert dans les écoles en sessions de 80 minutes. Les étudiants s'inscrivent volontairement, sans pression des parents ou des amis. Un maximum de 14 étudiants participe aux sessions qui comportent deux grands axes : un Friendship Group pour les jeunes qui vivent avec un problème d'abus d'alcool ou qui sont affectés par cette situation d'abus, et le Harmfully Involved Group pour les adolescents qui, selon leur évaluation, consomment de la drogue ou de l'alcool.

Conclusion

Au Canada atlantique, peu de programmes de prévention de la consommation excessive de substances appliquent tous les éléments des pratiques exemplaires tels que définis par Santé Canada. Nombre de ces programmes s'articulent autour des éléments de prévention du crime associés à la consommation de drogues ou d'alcool et certains sont particulièrement axés sur l'abstinence plutôt que sur une approche de réduction des méfaits. Par exemple, les programmes de prévention de la consommation excessive de substances qui existent au Canada atlantique mettent l'accent sur la prévention de la toxicomanie plutôt que de prévenir l'initiation aux drogues injectables chez les consommateurs. Selon les informateurs clés, il est extrêmement difficile d'empêcher les personnes qui ont une dépendance à s'abstenir de s'injecter. Le comportement lié à l'injection tient, en grande partie, des effets à long terme des drogues, du coût élevé des drogues illicites et de la mystique que l'on associe à l'injection. Ils ont constaté que plus longtemps les gens consomment une drogue, plus ils deviennent tolérants à cette drogue, et cherchent souvent des façons de consommer qui produisent des effets plus prononcés. Bien que des initiatives sont en place pour comprendre les facteurs qui incitent les gens à s'injecter, les informateurs clés ne connaissaient aucun programme de prévention visant à prévenir l'utilisation de drogues injectables par les toxicomanes. Compte tenu des données nationales qui révèlent que la plupart des utilisateurs de drogues injectables commencent à s'injecter à l'adolescence, ces messages doivent cibler les jeunes, plus particulièrement les élèves du secondaire. Les stratégies de prévention qui tentent d'amener les utilisateurs de drogues injectables vers d'autres formes d'usage de drogues, par exemple la cigarette, ont aussi des effets négatifs potentiels sur la santé et la société. Par exemple, les gens qui fument du crack consomment plus fréquemment que les utilisateurs de drogues injectables; ils ont donc besoin de plus d'argent pour acheter leurs drogues et sont alors plus susceptibles de vivre dans la pauvreté, d'être impliqués dans des crimes ou de participer à l'industrie du sexe pour satisfaire leur toxicomanie.

APPROCHE COMMUNAUTAIRE ET PROGRAMMES D'ÉCHANGE DE SERINGUES

Pratiques exemplaires

L'approche communautaire fait partie intégrante de la réduction des méfaits associés à l'usage de drogues par injection et les pratiques exemplaires dans l'approche communautaire comportent des composantes importantes axées sur les pairs. Ce sont les pairs qui sont souvent perçus comme les personnes les plus crédibles et les plus fiables pour transmettre aux utilisateurs de drogues injectables de l'information devant permettre de réduire les risques associés à l'usage de la drogue et de les mettre en relation avec les services de santé et de toxicomanie. Les pairs sont également les mieux placés pour fournir des recommandations aux groupes et aux réseaux d'utilisateurs de drogues.

L'approche communautaire comprend une gamme d'activités de réduction des méfaits associées à l'usage de drogues par injection.[149] Ces activités sont conçues pour entrer en contact avec les utilisateurs de drogues injectables et réduire les méfaits associés à l'usage de drogues, à l'injection et au partage ou à la réutilisation des seringues. Les

méfaits de la drogue injectable comprennent l'infection par le VIH, le VHC et le VHB ainsi que les surdoses. Les initiatives d'approche comprennent, par exemple, des programmes d'échange de seringues, des programmes de sensibilisation et de soutien pour réduire les méfaits associés à la réutilisation des aiguilles et du matériel ou du soutien social, comme offrir l'accès à du logement sûr.

Les PÉS sont une composante cruciale de l'approche de réduction des méfaits liés à l'usage de drogues par injection. Les utilisateurs de drogues injectables partagent souvent des aiguilles et des seringues, ce qui est très propice à la propagation du VIH et du VHC. Le raisonnement inhérent aux PÉS est le suivant : en donnant des seringues et des aiguilles stériles aux utilisateurs de drogues injectables, on diminue le partage de matériel d'injection, ce qui réduit la propagation d'agents infectieux transmissibles par le sang, comme le VIH et le VHC. Des études montrent que les programmes d'échange de seringues sont efficaces pour réduire la propagation du VIH/VHC, n'entraînent pas d'augmentation du nombre d'utilisateurs de drogues injectables ni de diminution de l'âge d'une première injection et n'accroissent pas le nombre de seringues jetées de façon non sécuritaire, dans une communauté, ni ne modifient les lieux où on en jette.[150] La documentation traite en détail de l'efficacité de la stratégie pour aider les utilisateurs de drogues injectables à réduire le risque de maladies infectieuses. La recherche internationale a aussi démontré une baisse dans le taux d'infection par le VIH/VHC dans les villes qui offrent des PÉS. De plus, la disponibilité des PÉS accroît la probabilité que les utilisateurs de drogues injectables chercheront un traitement.[151,152]

> *Les gens se sentent plus à l'aise d'utiliser les services d'échange de seringues. Au début, ils avaient peur d'utiliser les services au cas où la police était impliquée ou le saurait. L'existence de services d'échange de seringues est une preuve que l'on est plus compréhensif sur l'utilisation des drogues injectables.*
>
> Informateur clé

Les initiatives de réduction de méfaits comme les PÉS vont bien au-delà du service de fournir des seringues et des aiguilles stériles, des tampons d'alcool, des filtres de coton et des récipients pour objets pointus et tranchants pour y jeter le matériel usagé. Elles facilitent aussi les efforts pour aiguiller les utilisateurs de drogues injectables vers les services de santé et les services sociaux auxquels ils n'auraient peut-être pas recours autrement, y compris l'orientation vers les programmes de traitement et les services de counseling; la facilitation de l'entrée dans des programmes de désintoxication, de santé mentale et de traitement des maladies infectieuses; les consultations sur le counseling et l'éducation; la distribution de matériel éducatif incluant des feuilles de renseignements, des brochures et autres ressources ainsi que la recommandation à d'autres services sociaux, juridiques et de santé. Nombre de PÉS offrent des services de liaison, de même que des services à des endroits fixes. Les PÉS contribuent à bâtir des partenariats entre tous les fournisseurs de services qui travaillent auprès des utilisateurs de drogues et qui sont bien placés pour entrer en contact avec cette population et les conseiller, notamment en agissant comme porte d'accès au traitement, au counseling et aux autres services communautaires lorsqu'ils sont requis ou appropriés.

Environnement du programme

Il existe actuellement au Canada atlantique six organismes qui offrent des PÉS : deux au Nouveau-Brunswick, deux en Nouvelle-Écosse et un dans chacune des provinces de Terre-Neuve-et-Labrador et de l'Île-du-Prince-Édouard. Un volet extension est compris dans les services de quatre de ces programmes. Quelques autres organismes distribuent des seringues propres aux clients qui en font la demande, mais ne se font pas connaître comme service d'échange de seringues puisqu'ils n'ont pas les fonds pour financer un tel service.

Au Canada atlantique, les services d'échange de seringues ont constaté une hausse marquée dans le nombre de seringues qu'ils distribuent sur une base annuelle ainsi que dans le nombre d'utilisateurs de drogues injectables qui utilisent leurs services. Il est impossible d'évaluer si cet accroissement de la demande pour les services signifie qu'il y a plus d'utilisateurs de drogues injectables que par le passé ou si, avec le bouche à oreille, plus de gens sont au courant du service, y font confiance et l'utilisent. Peu importe la raison de la demande grandissante pour des seringues propres, les organismes communautaires signalent qu'ils manquent de ressources pour répondre à la demande croissante pour des services.

Nouveau-Brunswick

On compte actuellement deux PÉS au Nouveau-Brunswick – un est exploité par AIDS Saint John de Saint John et l'autre par SIDA Nouveau-Brunswick de Fredericton. Les deux programmes ont un sérieux manque de fonds puisque ni l'un ni l'autre ne reçoit de fonds de fonctionnement. Les seules ressources qu'ils reçoivent sont sous forme de matériel (p. ex., seringues propres, condoms) fourni par le ministère de la Santé et du Mieux-être. Les fonds de fonctionnement pour les PÉS demeurent un problème au Nouveau-Brunswick; puisque le financement des services de santé directs relève des provinces, un plus grand leadership provincial devrait être considéré. Les deux programmes communautaires du Nouveau-Brunswick s'efforcent de faire de leur mieux avec les ressources limitées qu'ils possèdent tout en sachant qu'ils ne rejoignent qu'un petit pourcentage de gens qui ont besoin des services du PÉS.

AIDS Saint John offre des programmes de réduction des méfaits et de traitement à la méthadone. L'organisme exploite un PÉS depuis 10 ans et offre du soutien et de l'information aux utilisateurs de drogues injectables vivant avec le VIH ou le VHC. AIDS Saint John investit des efforts pour mettre sur pied un centre de soir et d'échange de seringues pour les travailleurs de l'industrie du sexe du quartier centre-ville de Saint John.

SIDA Nouveau-Brunswick fournit des services d'échange de seringues confidentiels, mais est confronté à un manque de personnel approprié. Son PÉS est un service sans rendez-vous disponible à SIDA Nouveau-Brunswick pendant les heures normales de bureau. Un site satellite est aussi offert à la clinique de santé communautaire. Des fonds de fonctionnement permettraient à SIDA Nouveau-Brunswick d'examiner la possibilité de mettre en oeuvre un programme du soir ou des sites satellites dans la région nord de Fredericton, à Minto et dans la région de Doaktown.

SIDA/AIDS Moncton, un organisme de services communautaires liés au SIDA offrant du soutien aux personnes atteintes d'une infection par le VIH, a plusieurs programmes

communautaires de prévention du VIH. L'organisme travaille actuellement à mettre en oeuvre un programme de distribution de seringues dans la région du Grand Moncton.

Terre-Neuve-et-Labrador

Le Comité sur le SIDA de Terre-Neuve–et-Labrador exploite le seul programme d'échange de seringues de la province. Avec l'appui financier du bureau régional de l'Atlantique de l'Agence de santé publique du Canada, l'organisme a effectué au début de 2006 une évaluation des besoins auprès des utilisateurs de drogues injectables de la région de John's. Le AIDS Committee of Newfoundland and Labrador est un organisme à but non lucratif axé sur les consommateurs qui offre des programmes et services de soutien visant à prévenir le VIH/sida et à aider les personnes qui en sont affectées. Le ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador investira 50 000 $ par année dans le PÉS de St. John's dans le cadre de la stratégie provinciale de réduction des méfaits qui comprend l'accès au traitement d'entretien à la méthadone (TEM) et aux PÉS. Les organismes communautaires de lutte contre le VIH/sida, comme le Conception Bay North AIDS Interest Group et le AIDS Committee Western Newfoundland Inc., offrent des services de soins et de soutien et sensibilisent la population aux enjeux liés au VIH/sida, mais n'offrent pas présentement de PÉS.

Nouvelle-Écosse

Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse verse actuellement près de 300 000 $ pour les deux PÉS de la province : Sharp Advice Needle Exchange géré par la Coalition SIDA du Cap-Breton et le Mainline Needle Exchange de Halifax. Mainline reçoit actuellement 290 000 $ du ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse et des autorités sanitaires de des districts 4, 5 et 6. Étant donné l'importance des réseaux sociaux pour les utilisateurs de drogues injectables, le Mainline Needle Exchange offre du counseling par les pairs sur l'usage de drogues injectables et les comportements à risque. L'organisme vise à réduire l'acquisition et la transmission des infections par le VIH, le VHB et le VHC chez les utilisateurs de drogues injectables et à accroître la sensibilisation et le niveau de connaissances sur le VIH/sida, le VHB et le VHC ainsi que sur les problèmes sociaux et de santé qui touchent les utilisateurs de drogues injectables. Sharp Advice Needle Exchange Outreach, un projet de la Coalition SIDA du Cap–Breton, vise à réduire la propagation des pathogènes à diffusion hématogène chez les utilisateurs de seringues par la distribution de matériel servant aux injections, de condoms et par des programmes d'éducation sur les facteurs de risque et d'aiguillage.

> *Ici, plusieurs personnes sont très discrètes sur leur utilisation de drogues injectables, alors ils ne veulent pas rencontrer l'intervenant de Mainline. Ils prennent plutôt leur réserve d'un aidant naturel.*
>
> Informateur clé

Certains organismes communautaires de la province offrent des services d'approche aux Néo-Écossais vulnérables au VIH ou au VHC ou vivant avec une ou l'autre de ces infections. Le Hepatitis Outreach Society (HOS) a mis sur pied un programme par les pairs, le «Island of Hope Peer Education and Training Program», qui offre de la formation à 16 jeunes qui agissent comme éducateurs de pair pour les questions liées au VHC au Cap-Breton. De plus, le Hepatitis Outreach Society (HOS) du Cap-Breton travaille avec les utilisateurs de drogues injectables pour prévenir les activités à risque élevé, présente le cours «Hepatitis

101» dans les écoles et anime des groupes de discussion et des ateliers avec les jeunes à risque élevé. Le ARK Outreach, un centre d'accueil pour les jeunes des rues de Halifax âgés de 16 à 24 ans, offre des services de soutien, des services de défense des droits, des programmes et de la nourriture. Les South Shore AIDS Awareness Association, le Northern AIDS Connection Society, la Coalition SIDA de la Nouvelle-Écosse et la Coalition SIDA du Cap-Breton oeuvrent partout dans la province pour promouvoir et appuyer la santé et le mieux-être des personnes qui vivent avec le VIH/sida et leurs proches et pour diminuer la propagation du VIH/sida en Nouvelle-Écosse. Healing Our Nations, un organisme sur le sida chez les Premières nations de l'Atlantique, renseigne et soutient les Autochtones sur la prévention du VIH/sida dans le respect de leur culture et de leur mode de vie. Stepping Stone est un organisme à but non lucratif dirigé par des pairs qui soutient les personnes qui participent à l'industrie du sexe en contribuant à leur santé, à leur sécurité et à leur mieux-être.

Île-du-Prince-Édouard

AIDS PEI, situé à Charlottetown, est un organisme communautaire à but non lucratif dirigé par des bénévoles dont l'objectif est de prévenir la propagation du VIH dans la communauté et de créer un milieu de soutien pour les personnes qui vivent avec le VIH/sida. AIDS PEI gère le seul PÉS de la province.

Conclusion

Il existe au Canada atlantique trois grandes lacunes dans les secteurs de services d'approche et des PÉS. On constate premièrement que les programmes d'approche sont majoritairement concentrés dans les régions urbaines des provinces de l'Atlantique. Bien que les PÉS semblent bien fonctionner dans les localités où ils sont implantés, il reste encore plusieurs grandes régions du territoire atlantique où l'on n'a pas accès à ces programmes. Cela est tout particulièrement vrai pour les régions rurales ou les petites villes où les services d'échange de seringues sont généralement inexistants. À quelques exceptions près, comme un programme pour les jeunes à risque à Pictou, Nouvelle- Écosse, mis en place par Mainline Needle Exchange et Sharp Advice Needle Exchange, il n'y a pas de programmes de prévention ciblés dans les régions rurales, où l'on sait que l'usage de drogues par injection est une réalité. De plus, les PÉS ont souvent été centralisés dans les grandes villes, limitant l'accès même dans les villes.

> *On fait de la sensibilisation sur le service d'échange de seringues – mais il y a des personnes qui ne veulent pas venir parce que c'est au Comité sur le sida. Alors on donne des seringues qu'on prend là à plusieurs de nos amis.*
>
> Utilisateur de drogues injectables

> *C'est plus difficile de se procurer des seringues dans les pharmacies – il y en a qui nous font des problèmes. Maintenant, il y en a qui vendent les seringues par boîte seulement – on ne vous vend plus seulement un paquet, et les gens ne peuvent se payer une pleine boîte – alors ils finissent pas réutiliser ou partager les seringues.*
>
> Utilisateurs de drogues injectables

Un autre obstacle est que les heures d'ouverture des PÉS sont souvent très limitées en raison de compressions dans les ressources humaines; souvent les heures normales de bureau ne conviennent pas pour assurer des services aux utilisateurs de drogues injectables. Certains PÉS ont tenté de

mieux répondre aux besoins d'accès en permettant aux échangeurs collectifs d'apporter des seringues aux autres utilisateurs de drogues injectables qui n'ont pas directement accès aux PÉS. Il est intéressant de noter que plusieurs répondants ont indiqué que les trafiquants de drogues agissent comme des échangeurs collectifs. Certains programmes offrent un service de livraison mobile dans des régions de la province.

Les pharmacies, surtout dans les régions rurales, sont peut-être un des rares endroits où l'on peut obtenir des seringues stériles. On pourrait les encourager à offrir des services d'échange de seringues dans leur communauté. Les pharmacies sont des sources importantes pour se procurer des seringues stériles durant les congés lorsque les organismes communautaires sont fermés.

> *Les temps où les risques étaient les plus élevés étaient lorsque les services d'échange de seringues étaient fermés durant les vacances. J'essayais de ne pas partager ma seringue, mais je devais la réutiliser, parfois une cinquantaine de fois.* Utilisateur de drogues injectables

Toutes les initiatives organisées par les pairs mentionnées dans cette analyse de l'environnement étaient, ou sont, subventionnées par du financement axé sur des projets qui n'est accessible qu'une fois seulement. Les organismes communautaires qui dirigent ces programmes n'ont pas les ressources nécessaires pour continuer à fonctionner lorsque les fonds sont épuisés. Dans certaines provinces, aucun fonds public n'est versé pour appuyer les services d'échange de seringues qui ne sont financés que par des dons provenant de l'organisme parrain. Des études ont montré qu'investir dans les PÉS est une approche efficace dans la promotion de la santé et la réduction des méfaits. Un financement public insuffisant pour des services d'échange de seringues est un obstacle important pour traiter les problèmes liés à l'utilisation de drogues injectables dans la région.

Le manque d'investissement adéquat pour une évaluation bien structurée visant à déterminer l'impact des mesures de prévention constitue un troisième obstacle majeur. Une évaluation approfondie des initiatives existantes aidera les organismes dans leur planification future ainsi que les agences de financement dans l'établissement des priorités pour le financement futur.

FOURNISSEURS DE SERVICES POUR LE TRAITEMENT DE LA TOXICOMANIE

Pratiques exemplaires

Les services de traitement de la toxicomanie varient grandement et peuvent comprendre les services d'évaluation, les programmes en établissement, les programmes de jour, les services de prise en charge du sevrage ou les programmes de traitement de substitution d'opiacés. Les pratiques exemplaires dans le traitement de la toxicomanie[153] reposent sur des preuves d'efficacité et comprennent une gamme de services et de modalités de traitement (p. ex., counseling professionnel, counseling par les pairs, désintoxication, services en établissement, coordination des services communautaires et d'aiguillage et

logement). Au Canada atlantique, les services de traitement de la toxicomanie subventionnés par l'État offrent une variété de traitements, notamment du counseling en toxicomanie, des services de prise en charge du sevrage, des services d'évaluation, des programmes en établissement et des programmes de jour et de soir. Désintoxication et traitement n'ont pas la même signification. La désintoxication est souvent considérée comme point d'entrée au processus de traitement. Pour certaines personnes, des services de désintoxication doivent être fournis plus d'une fois. D'autres peuvent choisir de ne pas poursuivre le traitement après la désintoxication. Les personnes qui manifestent une dépendance envers les narcotiques en raison de douleurs chroniques ont également besoin d'autres solutions pour la gestion de la douleur. Il existe deux approches couramment acceptées pour la prise en charge du sevrage des opiacés :[154]

Assistance non médicale à la désintoxication : Offrir du soutien lorsque la personne arrête de consommer d'un coup (ce qu'on appelle «sevrage brutal»). Puisque le sevrage des opiacés ne cause généralement pas de convulsions comme cela peut être le cas avec d'autres drogues (p. ex., alcool ou benzodiazépines), cette approche est considérée sécuritaire sur le plan médical. Certaines personnes peuvent cependant éprouver des sensations désagréables qui sont plus prononcées vers le troisième jour. La crainte de ressentir ces symptômes de sevrage peut souvent empêcher une personne d'avoir recours à la désintoxication non médicale.

Assistance médicale à la désintoxication : Utiliser des médicaments pharmacologiques pour le sevrage. Cette approche peut comprendre une modification des symptômes par l'utilisation de Clonidine ou d'un autre opioïde à action plus prolongée qui est réduit progressivement, comme la méthadone.

Le traitement d'entretien à la méthadone est une forme de traitement médicalement assisté dont l'efficacité a été avérée pour réduire l'usage de drogues injectables, réduire le partage de seringues et réduire les méfaits associés à l'injection d'opiacés.[155] La méthadone reste le seul opiacé approuvé pour un traitement à long terme des personnes qui ont une dépendance aux opiacés. C'est un stupéfiant produit par synthèse utilisé pour traiter les personnes qui ont une dépendance aux opiacés, comme l'héroïne, la morphine ou l'OxyContin. Contrairement aux médicaments de courte durée administrés par injection, c'est un opioïde à action prolongée qui peut être pris par voie orale. Le TEM est plus efficace lorsque la méthadone est accompagnée du soutien médical et social dont les gens ont besoin pour stabiliser leur vie. Les effets durables de la méthadone permettent aux consommateurs de chercher un emploi et facilitent leur réinsertion dans la communauté. L'innocuité et l'efficacité du TEM ont été documentées dans des publications scientifiques et médicales.[156] Il a été prouvé que le TEM a contribué à réduire l'usage d'opiacés ainsi que l'activité criminelle et à améliorer l'état de santé du consommateur. On a aussi démontré que le TEM aide à réduire la propagation du VIH et du VHC, un autre bienfait important, parce que la méthadone est généralement prise par voie orale plutôt que par injection. Les cliniques de traitement d'entretien à la méthadone peuvent également être d'excellents sites pour les stratégies de prévention de la maladie et d'éducation. On peut offrir aux patients un service de dépistage et de counseling sur les maladies transmissibles, de l'information sur les pratiques sexuelles à risques réduits, sur le risque de partager des seringues et sur la manière de nettoyer les seringues. Une analyse coût-avantages a été effectuée pour un programme de traitement à la méthadone

au Nouveau-Brunswick. L'étude a démontré qu'un investissement de 3 000 $ par personne pourrait se traduire en des économies d'environ 43 769 $ pour les systèmes de santé et de justice. Autrement dit, un investissement d'un dollar dans un programme de traitement à la méthadone peut rapporter un rendement d'environ 16:1.[157]

Environnement du programme

Nouveau-Brunswick

Il existe au Nouveau-Brunswick quatre programmes de traitement d'entretien à la méthadone – à Moncton, Miramichi, Fredericton et à Saint John. La province compte 29 médecins autorisés à prescrire de la méthadone.[158] Le ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick offre un continuum à partir des soins aux patients, en clinique externe jusqu'aux soins de santé communautaire dont l'objet est d'améliorer les résultats pour les personnes et les collectivités qui ont un problème d'alcool, de drogue ou de jeu compulsif. Des services régionaux de traitement des dépendances sont offerts dans toutes les régions sanitaires du Nouveau-Brunswick. La prestation des programmes varie entre les régions, mais chaque région offre les programmes suivants :

- Programme de désintoxication – offre un environnement sûr où les clients peuvent demeurer jusqu'à ce que les symptômes de sevrage se soient atténués. Les clients obtiennent de l'aide pour mettre fin à un style de vie dangereux où prédominait l'usage d'alcool et d'autres drogues, et pour prendre des mesures vers la readaptation et la guérison. L'admission des adolescents dans les centres de traitement ne se fait que lorsque toutes les autres tentatives pour mettre fin à leur problème de toxicomanie ont échoué, et qu'ils doivent être gardés sous observation pour assurer la sobriété.
- Programme de consultation externe – offre une gamme variée de services aux personnes qui ont un problème d'alcool, de drogue ou de jeu compulsif, et à leurs proches. Les services comprennent des évaluations, des consultations et du counseling. Les programmes de consultations externes offrent des services après soins complets pour le programme de désintoxication et fonctionnent comme point d'aiguillage pour ce qui est des programmes de courte durée en établissement. Chez la plupart des patients des services de consultations externes le taux de guérison est élevé. Le Programme de traitement des dépendances à l'intention des jeunes est conçu pour les jeunes dans les écoles qui consomment beaucoup d'alcool ou d'autres drogues. Ce programme comprend un traitement à diverses étapes, des services à l'intention des parents du jeune ou des personnes significatives dans la vie du jeune, de la formation pour les conseillers en orientation scolaire et de l'éducation communautaire.
- Services communautaires – Les services communautaires offrent des services de promotion, de prévention et d'intervention visant à réduire l'incidence des cas de dépendance chez les Néo-Brunswickois. Les services comprennent des ressources documentaires et pédagogiques sur les problèmes de toxicomanie.

Les programmes disponibles au niveau provincial sont :

- Programmes à courte durée en établissement – offre un changement d'environnement complet pour les personnes qui ne peuvent surmonter leur toxicomanie dans le milieu familial où ils évoluent. La thérapie de groupe, l'éducation, la gestion du stress et les

sessions sur la connaissance de soi, combinées à un milieu thérapeutique, fournissent aux participants de nouvelles aptitudes pour adopter et conserver un mode de vie sain. Il y a deux programmes en établissement offerts dans la province : à Campbellton et à Saint John. Ces programmes sont livrés par une équipe multidisciplinaire, qui peut être composée de travailleurs sociaux, d'infirmières et un préposé en toxicomanie.

- Programme de traitement en établissement à long terme – La Lonewater Farm est une unité de 40 lits pour les hommes qui ont besoin d'un soutien prolongé lors de la période de récupération. Le programme porte sur les effets à long terme de la toxicomanie et aide les clients à réintégrer graduellement leur communauté. Bien que la demande pour un programme similaire est moins grande, les Services régionaux de traitement des dépendances de Saint John offre un programme à long terme destiné aux femmes.

Le Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones (PNLAADA) est un programme de Santé Canada visant à réduire les taux élevés d'abus d'alcool, de drogues et de solvants chez les populations vivant sur les réserves. Le PNLAADA appuie quatre centres de traitement de la toxicomanie au Nouveau-Brunswick : le Kingsclear First Nation Outpatient Program, le Lone Eagle Long Term Treatment Centre (Big Cove), le Rising Sun Rehabilitation Treatment Centre (Eel Ground), et le Tobique Addiction Rehab Centre.

Terre-Neuve- et-Labrador

Le rapport du groupe de travail sur l'OxyContin publié en juin 2004 et présenté au gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador a recommandé la création d'un programme de traitement d'entretien à la méthadone pour la province. Une autre recommandation consistait en la mise en place d'un comité consultatif sur la méthadone pour superviser l'élaboration et l'implantation des programmes de TEM dans la province, y compris la rédaction de directives bien claires sur l'entretien à la méthadone, l'octroi de permis et les exigences de formation pour les programmes de TEM et les autres options de traitement. En juin 2005, un service provisoire de traitement d'entretien à la méthadone a été mis en place dans la région et le programme complet de TEM est prévu dans un avenir proche.[159]

Les services de toxicomanie offerts par le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador sont :

- Services de désintoxication par le biais du Recovery Centre à St. John's, un service de désintoxication provincial non médical administré par la division des services de toxicomanie de la Eastern Regional Integrated Health Authority.
- Services de traitement des toxicomanies à la disposition de quiconque dans la communauté. Les participants aiguillés sont dirigés vers un service de toxicomanie local pour une évaluation médicale et psychosociale de leurs problèmes et leurs besoins. Les résultats de l'évaluation sont utilisés pour déterminer le plan de traitement le plus approprié pour la réadaptation. Ce plan peut comprendre un renvoi vers des organismes de l'extérieur qui fournissent des services qui ne sont pas offerts par les services de toxicomanie. À la suite de l'évaluation, les clients sont dirigés vers les services disponibles qui leur sont les plus appropriés.

- Services de consultation externe pour les consommateurs et les membres de leur famille. Des programmes de traitement individuels sont mis en place pour les personnes qui manifestent une dépendance envers l'alcool et d'autres drogues. Les traitements sont destinés aux personnes individuelles, aux groupes ou aux familles.
- Services internes offerts par le Humberwood Centre de Corner Brook, le seul programme de traitement à demeure pour l'abus d'alcool et d'autres drogues et pour le jeu compulsif dans la province de Terre-Neuve-et-Labrador. Le centre offre un service de traitement de trois semaines pour des hommes et des femmes âgés de 18 ans et plus, qui ont une chimiodépendance connue ou qui sont aux prises avec un problème de jeu et qui ont été recommandés, à la suite d'une évaluation, par un conseiller en consultation externe pour les services de toxicomanie. Le programme de traitement met l'accent sur les effets physiques de l'alcool et les autres toxicomanies ou des problèmes de jeu, sur les problèmes émotifs et personnels et sur les effets de la pharmacodépendance sur les relations. Les clients participent à des séances de counseling individuels et en groupe, à la thérapie de relaxation et récréative et à des séances d'éducation. À la fin du traitement à demeure, un programme de suivi complet est aussi offert par les bureaux de consultation externe des services de toxicomanie.

Les ressources communautaires en toxicomanie à Terre-Neuve-et-Labrador sont limitées et le système actuel est souvent surchargé. Compte tenu du niveau des ressources actuel, il existe partout dans la province des listes d'attente pour des services de consultation externe en toxicomanie. Ces listes varient de deux semaines à plusieurs mois et, dans certains cas, jusqu'à un an. On ne peut parler de pratiques exemplaires dans le traitement de la toxicomanie. Lorsque les gens sont prêts et demandent le traitement ils sont généralement motivés à assister aux séances de traitement. Il faut offrir des services de counseling en toxicomanie et les mettre à la disposition de tous. Le fait de retarder le traitement à ce moment précis peut amener les gens à changer d'idée et à continuer de consommer des intoxicants, ce qui peut accroître les méfaits potentiels pour le particulier, la famille et la communauté.

Le Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et des drogues chez les Autochtones finance deux centres de traitement de la toxicomanie à Terre-Neuve-et-Labrador : le centre de soins Saputjivik de la Commission des services de santé des Inuit du Labrador en place à North West River et le Charles J. Andrew Restoration Centre à Sheshatshiu.

Nouvelle-Écosse

Les programmes et les services de toxicomanie pour les Néo-Écossais sont financés par le ministère de la Santé de la province et relèvent des autorités sanitaires de district.[160] Les services étendent le continuum de la prévention, la sensibilisation de la collectivité, les mesures de dépistage et d'aiguillage au traitement et à la réadaptation. On y retrouve la prise en charge du sevrage (programme de désintoxication et programme éducatif sur la toxicomanie), les programmes communautaires (services aux malades externes et traitement structuré), les services pour joueurs compulsifs et les programmes d'éducation populaire. Les autorités sanitaires de district fournissent des services de toxicomanie qui reposent sur une philosophie de traitement axée sur le client qui comprend

l'autodétermination du client jumelée à des options de services variés, flexibles et faciles d'adaptation. Le processus vise à optimiser la santé des personnes négativement affectées par l'alcool, les drogues ou le jeu par le biais d'une gamme complète de services de traitement bio-psycho-social intégrés. Les modalités de prestation vont des services en établissement aux consultations externes, en passant par les traitements de jour et peuvent comprendre des programmes destinés aux personnes individuelles, aux groupes ou aux familles.

En 2002, le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a investi 1, 8 millions de dollars de plus (2,1$ millions en 2005/2006) afin d'améliorer les services de toxicomanie offerts aux femmes et aux jeunes des régions rurales. Une augmentation du taux de participation au programme a été observée dans les trois ans suivant la mise en œuvre de la Enhanced Services Initiative. Sur l'ensemble, le nombre d'employés à plein temps des autorités sanitaires de district a augmenté de 12%, ce qui augmenterait donc le nombre de programmes destinés aux femmes et aux jeunes. Par exemple, les services de toxicomanie dans la région ouest de la Nouvelle-Écosse ont utilisé les ressources additionnelles pour effectuer un examen et une analyse systématiques des données et des pratiques exemplaires pour améliorer les services à l'intention des adolescents et des femmes des régions rurales. Une approche de planification concertée, qui fait appel à la participation de multiples partenaires, impliquant une multiplicité de partenaires a suivi. Des programmes de prévention dans les écoles, d'intervention précoce et de counseling ont été élaborés et mis périodiquement à la disposition de toutes les écoles primaires et secondaires de la région. Les programmes pour femmes comprenaient du traitement structuré, l'amélioration de la vie des femmes et une série de programmes pour la famille. Le traitement pour la dépendance à la nicotine comprenait une évaluation, des traitements individuels et en groupe et, s'il y a lieu, des thérapies de remplacement de la nicotine. L'objectif des programmes était, à tous les égards, d'éliminer les obstacles à l'accessibilité et d'offrir des programmes adaptés aux besoins et aux conditions de vie des populations de clients cibles. En comparant les indicateurs pertinents, on a constaté que, dans une période d'un an, le nombre de clients adolescents a augmenté de 94 %, le nombre de clientes de 53 % et le nombre total de clients des services de toxicomanie de 37 %.

Des programmes destinés expressément aux adolescents, aux femmes et aux familles, ou aux personnes coupables de conduite avec facultés affaiblies peuvent être mis sur pied. Les programmes parrainés par le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse comprennent :

- Counseling communautaire – permet aux gens d'avoir accès au traitement par rendez-vous, en consultation externe, dans les communautés de l'Ouest de la Nouvelle-Écosse.
- Prise en charge du sevrage (désintoxication) – offert à Middleton, Lunenburg et Yarmouth, conçu pour les personnes qui ont besoin de counseling de soutien et d'aide médicale pour composer avec les étapes physiques et psychologiques du sevrage de la dépendance et de la toxicomanie.
- Programme éducatif sur la toxicomanie – programme à court terme offert à Middleton, Lunenburg et à Yarmouth (consultation externe ou traitements de jour) pour aider les consommateurs à mieux comprendre le problème de l'abus de

substances, les signes et les symptômes de rechute et l'emploi de stratégies tôt dans la vie pour éviter le risque de contact dangereux avec l'alcool, avec d'autres drogues ou avec le jeu.

- Programme de traitement structuré – programme de traitement en établissement offert à Middleton. Ce programme est conçu pour les consommateurs excessifs de substances à mauvais escient et des problèmes de jeu compulsif. Des séances éducatives, des occasions propices à la réflexion personnelle et la planification du rétablissement sont offertes sur une période de trois semaines dans un environnement regroupant plusieurs professionnels.

En Nouvelle-Écosse, la méthadone est disponible à Dartmouth auprès du Addiction Prevention and Treatment Services ainsi qu'à Sydney au sein du Addiction Services Program géré par l'autorité sanitaire du district de Cap-Breton.[161] La province compte près de 35 médecins autorisés à prescrire de la méthadone. En Nouvelle-Écosse, les utilisateurs de drogues injectables ont également accès à des cliniques d'acupuncture.

Direction 180 est un programme communautaire de traitement à la méthadone à critères d'admission libéraux qui fait appel aux principes de réduction des méfaits pour réduire la propagation du VIH/sida, du VHB et du VHC chez les utilisateurs de drogues injectables. Une évaluation complète de Direction 180 a grandement contribué à comprendre l'impact des programmes communautaires de traitement à la méthadone dans le contexte du Canada atlantique. Lors de la dernière évaluation, les clients de Direction 180 ont déclaré que le programme les avait aidé à atteindre une certaine stabilité dans leur vie, à augmenter leur capacité à prendre soin d'eux-mêmes par une meilleure alimentation et par l'exercice, à améliorer leur capacité décisionnelle et leur sens de responsabilité, à réduire les activités criminelles liées aux drogues et à améliorer leurs relations avec les autres. La participation au programme a aussi créé chez les clients un sentiment d'espoir pour l'avenir. Le programme a également engendré une baisse importante dans le partage de seringues.[162]

The Mi'kmaq Native Friendship Centre de Halifax offre un programme d'entretien qui comprend du counseling individuel; recommandation vers des services de désintoxication, de traitement, de soins de santé, de santé mentale, etc.; un suivi après le congé d'un programme de traitement pour aider les clients à conserver un mode de vie exempt de la consommation de substances créant la dépendance; un service post-traitement pour amener les clients vers les services de formation professionnelle, d'orientation professionnelle ou de perfectionnement pour briser le cycle de la toxicomanie. Le Centre offre également un programme de divertissement qui prend la forme de programmes culturels, de loisirs et de conditionnement physique pour offrir aux clients une alternative positive aux scènes de drogue et d'alcool.

Le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones finance deux centres de traitement de la toxicomanie en Nouvelle-Écosse : le Eagle's Nest Recovery House (Shubenacadie) et le Mi'kmaw Lodge Treatment Centre (Eskasoni).

Île-du-Prince-Édouard

Les services de toxicomanie de l'Île-du-Prince-Édouard visent à fournir un continuum de services de toxicomanie pour aider les insulaires à vivre des vies saines et réussies sans

devoir compter sur l'alcool, la drogue ou des comportements toxicomanogènes. Son modèle de traitement repose sur une approche liée aux maladies visant l'abstinence avec l'appui de groupes d'entraide. Le Programme à l'intention des adolescents toxicomanes offre des services d'évaluation de l'adolescent, de counseling, d'éducation et des programmes de traitement, disponibles dans les cinq régions sanitaires de la province. D'autres services de toxicomanie comprennent l'évaluation et l'aiguillage, la désintoxication pour les patients hospitalisés et externes, la réadaptation, un post-traitement pour les clients qui ont terminé le programme de réadaptation, l'intervention précoce, des programmes familiaux, de l'aide aux étudiants, des soins de longue durée, des programmes destinés expressément aux femmes, des programmes sur le jeu compulsif et le renoncement au tabac. À l'heure actuelle, le traitement d'entretien à la méthadone n'est offert dans la province que par l'entremise d'un programme pilote.

Conclusion

Étant donné les nombreux bienfaits de la méthadone pour les utilisateurs de drogues injectables, il est encourageant de constater le nombre croissant de nouveaux programmes de traitement d'entretien à la méthadone au Canada atlantique. L'accès à ces programmes représente toutefois un défi constant, plus particulièrement pour les gens qui vivent dans les régions rurales. Le manque de places dans les programmes pour les personnes qui ont besoin de traitements contre la toxicomanie est un problème qui sévit dans tout le Canada atlantique, surtout dans les communautés rurales et les petites villes. Près de la moitié des utilisateurs de drogues injectables qui ont participé à l'étude sur l'usage de drogues injectables menée à Fredericton en 2004-2005 ont indiqué que l'accès à un programme de traitement (désintoxication primaire et TEM) leur avait été refusé. La principale raison était que le programme était complet. Il y a également un nombre insuffisant de programmes sur la toxicomanie destinés aux jeunes et animés par des pairs qui tiennent compte des besoins et des enjeux particuliers de cette population. Le manque de programmes de traitement d'entretien à la méthadone à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve-et-Labrador soulève un problème particulier quant aux options pour les utilisateurs de produits opiacés. Dans les communautés qui comptent un programme de TEM, des améliorations aux règlements pourraient être apportées, au besoin, pour écarter les obstacles à l'assurance de soins efficaces pour les utilisateurs de drogues injectables. Un de ces obstacles est la série de règlements auxquels sont soumis les patients, par exemple, des procédures d'évaluation rigoureuses, des visites quotidiennes obligatoires, l'abstinence comme condition au traitement et l'analyse d'urine aléatoire. De plus, le financement des programmes de TEM au Canada atlantique est inadéquat et dans plusieurs provinces, un nombre insuffisant de médecins et de pharmaciens participe à la mise en œuvre des programmes de TEM. Les gens qui participent aux programmes de traitement d'entretien à la méthadone doivent avoir accès à des services complets, y compris les soins de santé primaires, le counseling, l'éducation et les services de soutien.

SERVICES DE SANTÉ POUR LES UTILISATEURS DE DROGUES INJECTABLES

Pratiques exemplaires

Les utilisateurs de drogues injectables font face à toutes sortes d'obstacles en ce qui concerne l'accès aux soins de santé et aux services sociaux – soins de premier recours, cliniques communautaires, services pharmaceutiques, soins en résidence, soins palliatifs et hébergement.[163] Le principe d'abstinence est une demande prédominante dans les milieux des soins de santé et est perçu par nombre de pourvoyeurs de services comme seul fondement, norme ou but acceptable à l'égard des utilisateurs de drogues. Du point de vue technique, les professionnels de la santé qui tolèrent ou permettent l'usage de drogue illégale dans un établissement peuvent être accusés (pour possession, trafic, aide ou encouragement ou négligence criminelle) en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* ou sujets à des mesures disciplinaires, par exemple, amende ou suspension ou révocation du permis de pratique.[164]

Dans certaines circonstances, les pourvoyeurs de services considèrent toutefois que, s'ils doivent exiger l'abstinence de leurs clients, ils ne peuvent pas donner des soins, des traitements et du soutien adéquats. Par exemple, dans certaines résidences pour personnes séropositives, on a le sentiment qu'il ne faut pas rejeter un client ou un candidat s'il n'est pas prêt à cesser de consommer. Certains professionnels de la santé préfèrent permettre au patient de continuer l'usage de drogues pendant ses soins, plutôt que de le laisser souffrir des symptômes de sevrage de la drogue qui pourraient nuire au traitement médical.[165]

Nombre de professionnels de la santé travaillent avec des utilisateurs de drogues injectables. Cela comprend le personnel des PÉS et des organismes de services sur le sida; les professionnels de la santé dans les hôpitaux, les cliniques, les prisons, les centres de désintoxication; le personnel des refuges pour les sans-abri; le personnel des hospices, des hôtels d'hébergement et des logements supervisés. La prestation de services aux utilisateurs de drogues injectables doit être orientée par des principes de respect, de dignité, d'humanité, d'autonomie et de santé. Les fournisseurs de soins et de services de santé auront besoin d'aide pour reconnaître les problèmes de santé précis des utilisateurs de drogues injectables, pour comprendre l'importance d'une stratégie axée sur la réduction des méfaits et pour sensibiliser ces derniers aux questions concernant les utilisateurs de drogues injectables. L'article 3 de la *Loi canadienne sur la santé* stipule :

> *La politique canadienne de la santé a pour premier objectif de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre.*

Même si, officiellement, il existe au Canada l'accès universel aux soins de santé, les utilisateurs de drogues injectables se heurtent toujours à des barrières lorsqu'ils tentent d'avoir accès à des services de santé et exercent leur droit à la santé, cela en raison du stigmate qui entoure la consommation de drogue. Une approche axée sur la réduction des méfaits dans le contexte des soins de santé doit reconnaître que des attitudes catégoriques ou hostiles à l'égard des utilisateurs de drogues injectables dissuadent ces

derniers à obtenir des soins. Dans le contexte des droits de la personne, chaque personne a le droit d'avoir accès à des services de santé, sans aucun obstacle.

Les services de santé qui adoptent une approche de réduction des méfaits pour fournir des soins aux utilisateurs de drogues injectables peuvent mettre en pratique certaines des approches suivantes :[166]

- Reconnaître que si les patients qui utilisent des drogues ne peuvent pas le faire dans l'établissement, il est probable qu'ils choisiront de rester dans la rue (ce qui accroîtrait considérablement les risques pour ces individus et pour la communauté en général).
- Offrir au patient du counseling qui pourrait permettre d'examiner les raisons de son usage croissant de drogues (p. ex., une gestion inadéquate de la douleur) et l'aider à développer son propre plan, y compris d'autres avenues, pour l'usage ou l'injection assistée de drogue.
- Offrir au patient toute drogue légale possible pour atténuer son état de manque.
- Offrir une éducation sur les pratiques sécuritaires d'injection afin de favoriser et de maintenir la capacité de s'injecter; faire appel à un ami du patient ou toute autre personne qui n'aurait pas d'objection à l'aider à se faire des injections; ou promouvoir des approches novatrices pour l'injection (p. ex., choisir une région alternative du corps).
- Examiner si d'autres méthodes sont souhaitables ou possibles, pour prendre de la drogue (p. ex., la fumer) ou explorer des interventions alternatives qui seraient conformes aux directives éthiques des praticiens (p. ex., l'insertion d'un papillon sous-cutané pouvant servir à l'auto-administration de drogues illégales).

Les utilisateurs de drogues injectables qui sont atteints du VIH et/ou du VHC accèdent aux traitements médicaux par le biais des fournisseurs de soins de santé primaires, comme un médecin de famille, ou par les services de traitement spécialisés. Pour les utilisateurs de drogues injectables qui requièrent un traitement médical pour le VIH/sida (comme les antirétroviraux) ou l'hépatite, les fournisseurs de soins de santé peuvent se sentir déchirés à savoir s'il est approprié de prescrire un régime de traitement compliqué à des personnes qui ont un mode de vie instable. Une approche fondée sur les droits pour traiter les UDI qui sont atteints du VIH ou du VHC pourrait comprendre les approches suivantes :[167]

- Discuter des bénéfices et des risques de la thérapie avec le patient. Souligner les conséquences d'une non-fidélité au traitement.
- Prescrire le régime le plus simple possible. Le régime expérimental de médicaments pris une seule fois par jour devrait même être considéré.
- Offrir du counseling et du soutien au patient afin qu'il lui soit plus facile d'être fidèle à son traitement. Cela pourrait impliquer le choix d'une thérapie sous observation directe ou le port d'un téléavertisseur. Fournir des références appropriées en matière de soins communautaires, de logement supervisé et d'autres services.
- Maintenir un horaire flexible pour ces patients. Accepter qu'ils puissent avoir de la difficulté à respecter leurs rendez-vous. S'efforcer de leur offrir des soins, même sans rendez-vous.

Les utilisateurs de drogues injectables ont des besoins de santé primaires qui peuvent être complexes en raison de leur consommation de drogue. Une étude effectuée à Toronto révèle que la moitié des utilisateurs de drogues injectables qui ont participé à l'étude ont déclaré éprouver de graves problèmes de santé au moment de l'enquête. La moitié des sujets ont souffert d'une surdose au cours de leur vie et le tiers de ces personnes ont déclaré n'avoir jamais reçu de soins médicaux à cet effet.[168] Dans une étude sur l'utilisation de drogues injectables menée en 2004-2005 à laquelle participaient 47 utilisateurs actuels et anciens de la région de Fredericton, Nouveau-Brunswick, la majorité des participants avait fait appel à divers services de santé durant la dernière année et 81 % avaient un médecin de famille. Les services de santé les plus couramment utilisés étaient la pharmacie, le médecin de famille ou l'hôpital. Les obstacles aux services de santé comprenaient les stigmates/discriminations de la part des fournisseurs de services de même que les listes d'attente, les heures restreintes et l'offre insuffisante de services.

En raison du stigmate associé à l'usage de drogues injectables et des attitudes souvent catégoriques des professionnels de la santé, plusieurs UDI évitent de recourir aux services de santé primaires à moins d'être très malades et d'avoir besoin de soins d'urgence. Souvent, les utilisateurs de drogues injectables ne reçoivent pas des soins de santé primaires complets et uniformes.[169] Le statut de criminel pour la possession de substances désignées ou de matériel d'injection dissuade les utilisateurs de drogues injectables à demander les soins de santé dont ils ont besoin.

> *J'ai des amis qui croient que la police surveille les gens qui vont aux services d'échange de seringues, même ceux qui font cette entrevue.*
>
> Utilisateur de drogues injectables

Environnement du programme

Le Mainline Needle Exchange, en Nouvelle-Écosse, et ses partenaires ont reçu du financement de projets du gouvernement fédéral pour un projet pilote intitulé «Taking it to the Streets». Ce projet vise à améliorer l'accès aux services de santé qui ont un effet positif sur la santé et le mieux-être des utilisateurs de drogues injectables. Une équipe de deux personnes se rendra dans des endroits spécifiques à Halifax, reconnus comme étant fréquentés par des utilisateurs de drogues afin de procurer des services d'échange de seringues, des équipes d'entraide et de faciliter l'accès aux autres services sociaux et de santé.

Le comité sur le SIDA de Terre-Neuve-et-Labrador offre une clinique de soins primaires dirigée par une infirmière praticienne qui est souvent utilisée par des personnes qui évitent habituellement les services de santé, y compris les utilisateurs de drogues injectables. AIDS Saint John au Nouveau-Brunswick organise des visites régulières d'une infirmière pour le dépistage du VIH. Les programmes néo-écossais Stepping Stone et Mainline Needle Exchange ont, eux aussi, accès à une infirmière communautaire de Planned Parenthood qui effectue, sur place, des tests anonymes de détection du VIH.

Conclusion

Le manque de disponibilité et d'accessibilité aux services de santé primaires pour les utilisateurs de drogues injectables constitue une importante lacune dans la programmation au Canada atlantique. Les résultats du programme pilote du Mainline

Needle Exchange en Nouvelle-Écosse serviront à préciser l'orientation future pour ce travail. Trouver les mécanismes permettant aux utilisateurs de drogues injectables d'avoir accès aux services de santé dont ils ont besoin de manière simple et coordonnée est la clé de leur santé et de leur mieux-être.[170]

La question éthique fondamentale est l'impératif de prendre soin adéquatement des utilisateurs de drogues atteints du VIH et/ou du VHC. Des principes d'éthique indiquent que l'on ne devrait pas imposer à un utilisateur de drogues injectables un comportement au-delà de ses capacités actuelles. Les personnes qui ont une dépendance à la drogue devraient pouvoir recevoir des soins pour leurs maladies, de la nourriture et un refuge - leur dignité et leur estime de soi doivent être les premières valeurs soutenues; ce faisant, leurs besoins à l'endroit de la drogue doivent être tolérés pour qu'ils puissent s'occuper de choses plus graves. Libérer une personne de son problème de dépendance n'est probablement pas le but à poursuivre lorsque cette personne qui a une dépendance aux drogues depuis longtemps se trouve aux derniers stades d'une maladie mortelle, comme le sida ou l'hépatite.[171]

Le Réseau juridique canadien VIH/SIDA[172] recommande que les lois soient changées pour permettre la provision de drogues actuellement illégales aux utilisateurs de drogue pendant qu'ils reçoivent des soins. Cela éliminerait un obstacle aux soins de santé et à d'autres services sociaux pour ces personnes ainsi que la menace de responsabilité criminelle pour les pourvoyeurs de services prêts à donner des soins, des traitements et du soutien sans insister sur l'abstinence auprès des patients qui font usage de drogues. À court terme, des mesures devraient être adoptées pour assurer des soins, des traitements et du soutien améliorés aux utilisateurs de drogues par injection, y compris à ceux qui sont séropositifs. Les associations professionnelles devraient adopter des directives pratiques et éthiques pour les fournisseurs de soins de divers domaines liés au VIH/sida et à l'injection de drogue.

MILIEU CORRECTIONNEL

Pratiques exemplaires

Les *Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le sida dans les prisons* (1993) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) stipulent, comme principe général, que les détenus ont le droit, sans discrimination, aux soins de santé, y compris les mesures de prévention, équivalents à ceux dont ils pourraient bénéficier dans la communauté. Cela reflète la mission de Service correctionnel du Canada qui stipule que fournir «un environnement sûr, sécuritaire et propre qui contribue à la santé et au bien-être» est un «objectif stratégique». Plusieurs personnes qui s'injectent des drogues avant leur admission en prison continuent l'injection de drogues et sont plus susceptibles de partager le matériel d'injection, créant un risque élevé de transmission du VIH/VHC.[173] Malgré les efforts soutenus du système carcéral pour prévenir l'usage de

> Tous les détenus ont droit, sans discrimination, aux soins de santé, y compris les mesures de prévention, équivalents à ceux dont ils pourraient bénéficier dans la communauté, en ce qui concerne particulièrement leur statut juridique ou leur nationalité. Les principes généraux adoptés par les programmes nationaux de lutte contre le sida devraient aussi bien s'appliquer aux prisons qu'à l'ensemble de la collectivité.
>
> Organisation mondiale de la santé, 1993

drogues par les détenus – en faisant ce qu'ils peuvent pour prévenir l'introduction de la drogue dans les pénitenciers – la réalité, c'est que des drogues peuvent y entrer et elles y entrent. Plusieurs études ont fait état de l'étendue de l'usage des drogues par injection et des autres drogues dans les prisons. Dans le contexte de la santé publique et des droits de la personne, les détenus UDI doivent pouvoir disposer de matériel d'injection stérile. Dans le système carcéral, où la distribution de matériel d'injection n'a pas encore commencé, des projets pilotes devraient être envisagés le plus tôt possible. Depuis plus de dix ans, on recommande que les systèmes carcéraux mettent en place des programmes d'échange de seringues dans les pénitenciers.[174] En date de 2005, aucun système correctionnel canadien n'avait mis en place un PÉS. Cependant, Service correctionnel du Canada, l'agence fédérale responsable des personnes qui purgent une peine de deux ans ou plus, a demandé à l'Agence de santé publique du Canada d'effectuer un examen scientifique et technique des PÉS dans les services correctionnels des autres pays et de donner des conseils au Service correctionnel. Le rapport de l'Agence de santé publique est prévu pour 2006.

Les directives de l'OMS élaborées en 1993 sur l'infection par le VIH et sur le SIDA dans les pénitenciers comprennent les pratiques exemplaires suivantes :[175]

- Encourager les personnes incarcérées toxicomanes à s'inscrire à des programmes de traitement pour la toxicomanie en purgeant leur peine, tout en protégeant adéquatement leur confidentialité. Ces programmes devraient inclure de l'information sur le traitement des pharmacodépendances et sur les risques associés aux divers modes de consommation du produit.
- Les détenus qui suivaient un traitement d'entretien à la méthadone avant l'incarcération doivent pouvoir poursuivre le traitement lors de leur incarcération. Le traitement d'entretien à la méthadone doit être également disponible pour que les détenus puissent commencer le programme lors de leur détention.

Une entrave à la prévention de la transmission du VIH et du VHC dans le milieu carcéral est le refus de certains gouvernements de reconnaître que l'utilisation de drogues injectables et les rapports sexuels sont une réalité dans ce milieu, et non le manque de données probantes sur la réussite des interventions clés. Il existe amplement de preuves que la consommation de drogues en général, l'usage de drogues injectables en particulier, et les rapports sexuels entre les détenus sont très répandus dans ce milieu. De plus, certaines données indiquent que le risque d'infection par le VIH/VHC dans les prisons est généralement plus élevé que dans la communauté en général : les prisons sont un environnement à risque élevé pour l'infection par le VIH et par le VHC. Une fois cette réalité acceptée, les gouvernements ont une gamme d'options de programme sur la prévention de la transmission du VIH et du VHC dans les prisons.[176]

Les données probantes le confirment, les programmes contre le VIH et le VHC devraient comporter toutes les mesures contre la transmission du VIH et du VHC qui sont exécutées dans la collectivité à l'extérieur des prisons, y compris l'éducation sur le VIH et le VHC; les tests de dépistage et le counseling effectués sur une base volontaire; la distribution d'aiguilles,[177] de seringues et de condoms propres ainsi que le traitement pour la toxicomanie, y compris le traitement de substitution. Par exemple, de l'eau de Javel diluée, ou un autre agent virocide efficace, accompagnée de directives précises

détaillées sur le nettoyage du matériel d'injection devrait être disponible dans les prisons accueillant des utilisateurs de drogues injectables et où il se fait du tatouage ou du perçage corporel. Toutes ces interventions ont démontré leur efficacité dans la réduction du risque de transmission du VIH et du VHC dans les prisons, sans conséquences négatives indésirables. Selon les données scientifiques disponibles, on peut avec confiance élargir ces projets pilotes à des programmes nationaux.

Les pratiques exemplaires à utiliser pour la prévention dans les prisons comprennent l'éducation sur le VIH/sida et le VHC; les tests de dépistage et le counseling effectués sur une base volontaire; la distribution de condoms, d'eau de Javel, d'aiguilles et de seringues; et le traitement de substitution pour les utilisateurs de drogues injectables. Quatre éléments des programmes de prévention dans les prisons ont été étudiés en profondeur : la distribution d'eau de Javel pour nettoyer les aiguilles et les seringues, les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, le TEM et la distribution de condoms.[178,179]

Dans toutes les études rapportées, les programmes qui fournissent des aiguilles et des seringues propres dans les prisons étaient satisfaisants. La consommation de drogues par les détenus participant à de tels programmes a resté stable ou a diminué avec le temps; les cas signalés de partage d'aiguilles et de seringues ont baissé de façon spectaculaire et aucun nouveau cas de VIH, de VHC ou de VHB n'a été rapporté dans les prisons qui offraient un programme d'échange d'aiguilles et de seringues. Les évaluations n'ont trouvé aucun rapport de cas d'initiation à l'injection chez les détenus qui ne s'injectaient pas avant l'introduction du programme, et sur l'utilisation d'aiguilles ou de seringues comme armes.

La mise en œuvre de programmes de traitement de substitution est relativement facile dans les prisons. Ces programmes semblent avoir profité aux détenus toxicomanes. Ils ont diminué la fréquence d'usage de drogues illicites et réduit le commerce de la drogue dans les prisons. La documentation démontre également que le TEM réduit la fréquence d'injection et le partage de seringues autodéclaré chez les détenus toxicomanes, ce qui indique une réduction importante des risques de transmission du VIH et du VHC.

Là où les condoms sont disponibles, habituellement dans des appareils distributeurs automatiques, les études ont démontré des taux peu élevé de harcèlement à l'égard des utilisateurs des appareils par d'autres détenus et très peu d'incidents dans les moyens utilisés pour se défaire des condoms. L'accessibilité aux condoms a résulté en un niveau plus élevé de pratiques sexuelles moins risquées rapportées par les personnes qui avaient des relations et aucune conséquence non intentionnelle n'a été signalée.

Environnement du programme

Le système carcéral fédéral offre le dépistage volontaire du VIH, de l'hépatite A, B, et C, des maladies transmises sexuellement (MTS) et de la tuberculose à tous les détenus. Ces tests font partie de l'évaluation physique et psychologique lors de l'admission. Les détenus peuvent également passer des tests de dépistage des maladies infectieuses à leur demande tout au long de leur peine, à la suite d'une recommandation du médecin de l'établissement, dans le cadre de la recherche de partenaires, en cas d'indication clinique

d'infection, ou à la suite d'un incident où ils risquent d'avoir été exposés à un agent infectieux.

Les unités de réception de Service correctionnel du Canada offrent le Programme de sensibilisation à la réception (PSR) axé sur la sensibilisation aux maladies infectieuses et sur la prévention. Les services de santé offerts par le Service correctionnel comprennent des tests de dépistage, du traitement et des programmes axés sur la lutte contre la toxicomanie, y compris le traitement d'entretien à la méthadone pour les détenus qui ont une grande dépendance aux opiacés.

Le Programme national de traitement de la toxicomanie (PNTT) élaboré par Service correctionnel du Canada offre plusieurs programmes dans les institutions fédérales pour les utilisateurs de drogues injectables, y compris de l'éducation et le traitement des toxicomanies.

Le Programme national d'éducation et de counseling des pairs sur le VIH/sida et Circles of Knowledge Keepers (programme d'éducation et d'entraide par les pairs autochtones) contiennent des renseignements sur les maladies infectieuses et sont des programmes de formation à l'intention des détenus pour qu'ils deviennent «éducateurs de pairs» et qu'ils offrent du soutien et de l'éducation sur le VIH et d'autres maladies infectieuses aux autres détenus. Une composante du Programme d'éducation et d'entraide par les pairs est expressément destinée aux femmes avec de l'information additionnelle liée à la façon dont le VIH/sida et d'autres maladies infectieuses les touchent.

Un programme d'éducation à la santé, Choisir la santé dans les pénitenciers (CSP), fournit des renseignements sur différents sujets liés à la santé, comme la nutrition, l'exercice, la gestion du stress et les maladies infectieuses. Le programme CSP est offert sous forme de sessions individuelles ou de groupe lorsque se présentent des occasions. Les détenus peuvent également suivre des programmes d'éducation et d'information sur la santé offerts par les agences de santé publique et les organismes de service sur le sida.

Outre les programmes mentionnés ci-dessus, Service correctionnel du Canada a un Programme d'initiatives spéciales dans le cadre duquel on encourage les détenus à présenter des propositions d'activités ou de projets éducatifs se rapportant à la prévention du VIH/sida et du VHC. Dans la région de l'Atlantique, plusieurs projets dirigés par des détenus ont reçu des fonds, y compris un calendrier affichant des tableaux peints par les détenus sur des thèmes liés au VIH/sida, un tee-shirt encourageant les tests de dépistage et des affiches avec des messages de prévention sur le VIH.

Dans les prisons, la transmission sexuelle du VIH et du VHC est considérée comme un moins grand facteur de risque que le partage de matériel d'injection, mais elle existe et elle représente un comportement à risque pour l'infection du VIH/sida. Dans les prisons fédérales, des condoms, des digues dentaires et du lubrifiant à base aqueuse sont, par principe, automatiquement et discrètement mis à la disposition des détenus. Dans certaines prisons provinciales, les détenus n'ont pas accès aux condoms, digues dentaires et lubrifiants et dans d'autres prisons provinciales, les détenus n'y ont pas facilement et discrètement accès. Certaines provinces, comme la Nouvelle-Écosse, ont comme politique de ne donner accès aux condoms que par le biais des services de santé de la prison.

Au Canada, 45 % des détenus fédéraux ont déclaré s'être fait faire un tatouage en prison. Le tatouage est une activité sociale et comprend le partage d'aiguilles, ce qui rend cette activité à risque. Le gouvernement fédéral a récemment lancé une nouvelle initiative pour piloter un service de tatouage à risques réduits dans six prisons fédérales du pays. Ces projets pilotes seront évalués en 2006.

À l'heure actuelle, dans les pénitenciers fédéraux et dans la plupart des prisons provinciales et territoriales, les détenus qui suivaient déjà un traitement d'entretien à la méthadone au moment de leur incarcération peuvent poursuivre le traitement en prison. Toutefois, peu d'établissements permettent aux détenus de commencer le traitement lors de leur détention. Il n'y a que les prisons fédérales et le système provincial de la Colombie-Britannique qui offrent un programme formel d'initiation à la méthadone. L'accessibilité au traitement à la méthadone pour les détenus qui ont une dépendance aux opiacés qui ne suivaient pas de traitement avant leur incarcération est une mesure importante qui permettrait de réduire la probabilité que les détenus qui consomment des drogues injectables partagent le matériel. La disponibilité d'un traitement d'entretien à la méthadone pour les détenus à leur sortie de prison est un problème bel et bien présent en raison du manque de disponibilité de la méthadone dans la plupart des communautés du Canada atlantique. Le programme de TEM en milieu carcéral doit être assorti d'un traitement continu dans la collectivité d'accueil.

La plupart des services de santé dans les prisons canadiennes font tout ce qu'ils peuvent pour prodiguer de bons soins aux détenus atteints du VIH ou du sida et orientent souvent les détenus vers des spécialistes de l'extérieur pour des soins liés au VIH. Néanmoins, les détenus rapportent qu'ils reçoivent parfois des soins et des traitements qui ne sont pas équivalents aux soins qu'ils avaient reçu dans la communauté ou même dans d'autres prisons où ils avaient été incarcérés. Parmi les autres enjeux qui se posent dans le milieu carcéral figurent l'augmentation du nombre des détenus malades; les prisons n'étant pas équipées pour prendre des mesures à l'égard des détenus qui ont besoin des traitements et des soins de longue durée, permanents (y compris les soins palliatifs); et la difficulté d'avoir accès aux drogues de recherche et aux thérapies parallèles.

La Société John Howard a des succursales dans les quatre provinces de l'Atlantique. Elle offre de l'appui aux détenus purgeant des peines et à ceux récemment libérés, ainsi qu'à leur famille. La Société travaille avec les personnes qui ont eu des démêlés avec la justice; révise, évalue et prône les changements à apporter au système de justice pénale; sensibilise le public aux questions liées à la législation pénale et à sa mise en oeuvre; encourage la prévention du crime à l'aide d'activités communautaires et de développement social. Certains des programmes offerts comprennent des services de toxicomanie comme Choices Substance Abuse Treatment Program qui vise à réduire les risques de rechute aussi bien dans le domaine de la toxicomanie que dans celui de la criminalité. Les objectifs du programme Choices sont de stimuler la motivation pour modifier les comportements et d'encourager des attitudes qui dissuaderont l'abus de l'alcool ou d'autres drogues et qui amélioreront la capacité à résoudre les problèmes et à trouver des stratégies d'adaptation qui seront efficaces pour réduire les risques de rechute. La Société John Howard du Grand Moncton, au Nouveau-Brunswick, a élaboré un projet pilote intitulé «Youth H.O.P.E. Program», un programme d'éducation en matière de VHC par les pairs pour les jeunes à risque sous garde.

La Société Elizabeth Fry a des organismes communautaires en Nouvelle-Écosse (Sydney et Halifax), au Nouveau-Brunswick (Moncton et Saint John) et à Terre-Neuve-et-Labrador (St. John's). Elle offre des services aux femmes aux prises avec la justice, plus particulièrement les femmes qui ont des démêlés avec la justice. La Société Elizabeth Fry milite en faveur d'une réforme législative et administrative et offre une tribune par laquelle le public pourra être informé sur les aspects du système qui touchent les femmes, et y participer.

Au Nouveau-Brunswick, le Saint John Community Chaplaincy est un organisme communautaire interconfessionnel qui se consacre au soutien des personnes du voisinage immédiat remises en liberté et de celles qui ont des membres de la famille en prison et à la promotion d'une meilleure compréhension du système de justice pénal.

À Terre-Neuve-et-Labrador, un programme psychoéducationnel est offert dans les cinq centres correctionnels pour les délinquants sous responsabilité provinciale, y compris le Newfoundland and Labrador Correctional Centre for Women (NLCCW) à Clarenville. Le counseling individuel complète les programmes de groupe. Le Programme national de traitement de la toxicomanie (PNTT) élaboré par Service correctionnel du Canada est offert dans trois centres correctionnels pour hommes tandis que le PLTF, un programme semblable pour les femmes est offert au NLCCW. Ces initiatives de traitement ciblent les délinquants sous responsabilité fédérale, de même que les détenus sous responsabilité provinciale incarcérés à long terme. Un programme psychoéducationnel est également offert dans plusieurs districts communautaires par le biais d'accords contractuels avec la Société John Howard. Les programmes offerts comprennent un programme de toxicomanie en établissement – MIMOSA à Howard House – une maison de transition communautaire. Des séances de counseling individuel sont également offertes par les Services de toxicomanie, Eastern Health, pour les contrevenants qui sont sous surveillance communautaire. Des tests de dépistage du VIH, du VHC et du VHB sont offerts aux détenus, à leur demande, ou à la suite d'une recommandation du personnel des services de santé, à condition que le détenu soit d'accord. Le vaccin Twinrix pour l'hépatite A et B est administré aux détenus chez qui le diagnostic d'infection par le VHC vient d'être porté. Les programmes de promotion de la santé ne sont pas offerts officiellement, mais s'inscrivent dans le cadre d'une évaluation préalable des risques pour la santé lors de l'admission des nouveaux détenus. Le système correctionnel de Terre-Neuve-et-Labrador offre des initiatives de réduction des méfaits, par exemple, des condoms, des digues dentaires et l'accès à l'eau de Javel, de même que des programmes de promotion de la santé et de traitement d'entretien à la méthadone, mais n'offre pas de programme d'échange de seringues pour les délinquants sous garde.

RESPONSABLES DES POLITIQUES ET DU FINANCEMENT

Une approche efficace pour lutter contre l'utilisation de drogues par injection nécessite une collaboration et une coordination à l'égard de l'usage inapproprié de l'alcool et d'autres drogues, du VIH/sida, de l'hépatite C et d'autres questions par l'entremise de groupes de travail interministériels, de comités fédéraux/provinciaux/territoriaux et de commissions d'étude intersectorielles. Pour se concentrer sur la réduction des méfaits associés à l'usage des drogues par injection, il faut établir de solides partenariats entre le

secteur de la santé et celui de l'application de la loi. Cette collaboration permet de réduire les tensions, de développer des synergies et de veiller à ce que les deux secteurs travaillent ensemble à l'atteinte d'objectifs qui se complètent. Les activités de chaque secteur ne doivent pas entraver celles de l'autre.[180]

Au cours des dernières années, des partenariats multipartites ont vu le jour dans plusieurs communautés de la région de l'Atlantique. Nombre de ces initiatives sont financées par des fonds pour les projets de durée limitée octroyés par les programmes fédéraux tels le Programme d'action communautaire sur le sida, le Fonds des initiatives communautaires de la Stratégie canadienne antidrogue, ou le Programme d'appui communautaire et de recherche qui fait partie du Programme de prévention, d'appui communautaire et de recherche sur l'hépatite C. Dans certains cas, la création de partenariats a été financée par des ressources provinciales, par exemple, la création du Groupe de travail interorganismes sur l'OxyContin à Terre-Neuve-et-Labrador. Ces partenariats communautaires regroupent souvent des représentants des organismes communautaires, des services de toxicomanie, des services correctionnels, des organismes d'application de la loi et des agences de santé publique. Lorsque des organismes collaborent par le biais de partenariats, chacun renforce sa capacité pour mieux gérer les enjeux liés à l'utilisation de drogues injectables, grâce aux nouvelles relations établies avec d'autres partenaires. La participation de partenaires de multiples perspectives permet l'élaboration de stratégies plus complètes pour traiter l'usage des drogues par injection.

Pour permettre la coordination et la collaboration, les réponses et les rôles du gouvernement, des paliers fédéral et provinciaux, doivent être élargis. Mais surtout, le gouvernement doit jouer un rôle de premier plan pour aborder les questions stratégiques et les problèmes liés aux ressources qui restreignent la capacité d'offrir le continuum complet de services et de programmes aux utilisateurs de drogues injectables des quatre provinces de l'Atlantique. Par exemple, certaines provinces n'ont établi leurs politiques que sur des stratégies d'abstinence et de criminalisation de la toxicomanie. Dans une approche de réduction des méfaits, les provinces acceptent une approche pragmatique qui reconnaît que la consommation de drogues sera toujours présente, avec ou sans programmes comme les PÉS. Les gouvernements peuvent demander que toutes les autorités régionales, provinciales et municipales contribuent à abolir les obstacles et à permettre aux fournisseurs de services de s'attaquer aux injustices et aux stigmates, à la discrimination et à l'exclusion, à la violence et aux autres déterminants sociaux qui alimentent les racines de la vulnérabilité au VIH, au VHC et à la toxicomanie.[181] Ce qui manque chez certaines autorités, c'est un engagement entier envers les principes de réduction des méfaits. Les services essentiels comme les programmes de traitement d'entretien à la méthadone et les programmes d'échange de seringues sont oubliés dans les programmes de financement qui n'offrent pas de soutien opérationnel continu aux organismes qui assurent ces services.

> *Dans ma communauté, nous avons tenté d'ouvrir un programme d'échange de seringues, mais le conseil municipal nous a expliqué que s'ils l'autorisaient ce serait dire aux consommateurs que c'est correct de s'injecter des drogues.*
>
> Informateur clé

RECHERCHE

Les recherches sur les toxicomanies et celles qui sont axées sur l'usage des drogues par injection en particulier sont indispensables pour conserver une base solide de preuves qui reflètent nos connaissances sur la prévalence de l'usage des drogues, de même que sur les tendances, les pratiques exemplaires et les résultats des divers programmes. La recherche est particulièrement importante pour examiner de près les approches novatrices et alternatives qui sont mises de l'avant, expérimentées et adoptées dans divers contextes. La recherche appliquée permet aux partenaires d'en apprendre davantage sur les diverses possibilités d'élaboration des programmes et des services, sur les diverses options de politiques, de même que sur les méthodes alternatives de prestation de services (p. ex., la variation des seuils d'admissibilité pour le traitement de la toxicomanie).

Il y a dans la région de l'Atlantique une infrastructure de recherche solide sur les problèmes liés à la toxicomanie, au VIH/sida et au VHC. Des exemples d'initiatives de recherche, d'instituts de recherche et de chercheurs sont présentés ci-après :

- Dre Christiane Poulin titulaire à la Chaire de recherche du Canada en santé de la population et en toxicomanie à l'Université Dalhousie à Halifax en Nouvelle-Écosse. Dre Poulin a joué un rôle de catalyseur de première importance dans l'élaboration de méthodes standardisées pour les enquêtes sur l'usage de drogues chez les élèves des quatre provinces de l'Atlantique; cela s'est traduit par la mise en oeuvre réussie de l'enquête auprès d'environ 14 000 élèves du primaire et du secondaire en 1996, 1998 et 2002. Le Canada atlantique est la seule région au pays à être arrivé à la normalisation dans ses enquêtes sur l'usage de drogues chez les élèves. Ces méthodes ont donné aux quatre provinces de l'information épidémiologique transversale comparative et la capacité d'évaluer les interventions à l'école à l'aide d'une étude expérimentale. Dre Poulin et son équipe interdisciplinaire et interprovinciale a récemment reçu du financement dans le cadre du Fonds pour la santé de la population de l'Agence de santé publique du Canada pour entreprendre un programme de recherche de trois ans. Ce programme vise, par l'application de techniques à niveaux multiples, à déceler les déterminants des problèmes de santé liés à la toxicomanie chez les élèves adolescents au niveau de l'individu, des pairs, de la famille, de l'école et de la communauté. Dre Poulin a récemment terminé les travaux sur le terrain d'une intervention en milieu scolaire sur la réduction des méfaits. Le projet, d'une durée de quatre ans, a été financé par les Instituts de recherche en santé du Canada et faisait appel à une approche de recherche participative. Aborder la réduction des méfaits avec les adolescents a des conséquences majeures sur les politiques et les programmes en matière de santé et d'éducation. Dans son programme de recherche sur les stimulants utilisés par les adolescents, Dre Poulin adopte une approche multidisciplinaire pour obtenir une compréhension globale des interrelations entre les prescripteurs, les enseignants et les jeunes relativement à l'usage des stimulants aux fins médicales et non médicales.
- Dre Jacqueline Gahagan est professeure adjointe à la School of Health and Human Performance in Health Education/Health Promotion de l'Université Dalhousie où elle enseigne également aux départements de Santé communautaire et d'épidémiologie, de Sciences infirmières, d'Études en développement international et d'Études de la femme. Le domaine de recherche de Dre Gahagan comprend la santé sexuelle et

génésique ; l'analyse comparative entre les sexes sur les programmes et politiques de prévention, de soins, de traitement et de soutien pour le VIH/VHC; la réduction des méfaits; l'utilisation de drogues injectables; et l'accès aux ressources de soins de santé pour les populations marginalisées socialement, en particulier les jeunes sans abri.

- Dre Lois Jackson est une chercheuse à la School of Health and Human Performance de l'Université Dalhousie. Elle s'intéresse particulièrement à la santé et au mieux-être des populations vulnérables, par exemple, les femmes qui travaillent dans l'industrie du sexe et les utilisatrices de drogues injectables; aux déterminants sociaux de la santé et aux influences des facteurs sociaux sur les cabinets de médecins. Ses publications comprennent des études sur les différences entre les sexes, sur les influences interpersonnelles et de la collectivité sur l'injection, de même que sur les comportements sexuels des utilisateurs de drogues injectables.

- Réseau de recherche interdisciplinaire de l'Atlantique (RRIA) : enjeux sociaux et comportementaux de l'hépatite C et du VIH/sida – un partenariat entre les chercheurs de l'Université Memorial (Terre-Neuve-et-Labrador), de l'Université Dalhousie et de l'Université du Nouveau-Brunswick. Un financement de 559 040 $ sur une période de trois ans octroyé par les Instituts de recherche en santé du Canada permet au RRIA d'examiner les façons multiples et complexes par lesquelles les relations interpersonnelles, les relations avec la collectivité, les valeurs communautaires et les conditions de macro-niveau sont interreliées et se conjugent pour influencer les modes de comportements. Le RRIA vise à accroître la capacité et à maximiser la productivité par des contributions à un programme de recherche sur la prévention, et l'amélioration des soins de santé relativement à ces deux maladies. Le RRIA concevra huit études de recherche qui portent précisément sur les enjeux suivants : épidémiologie et surveillance de la co-infection par le VIH/sida, le VHC et le VIH/VHC; caractéristiques socio-démographiques et modèles d'utilisation des services de santé; utilisation des drogues injectables et pratiques plus sécuritaires dans les régions rurales; réduction des méfaits en milieu carcéral; répercussions psychologiques au fait de vivre avec le VHC; et répercussions des politiques de soutien au revenu et d'assurance-médicaments. Durant les trois prochaines années, l'équipe va déborder du groupe central pour collaborer avec d'autres chercheurs universitaires et des membres de divers secteurs, y compris le gouvernement, les organismes de soins de santé et de services ainsi que les organismes communautaires.

- Centre de recherche en toxicomanie, Service correctionnel du Canada (Direction de la recherche) – situé à Montague à l'Île-du-Prince-Édouard depuis 2001. Chargé de répondre au besoin du SSC d'avoir une démarche axée sur les toxicomanies, le Centre de recherche en toxicomanie s'est vu confier le mandat d'effectuer des recherches sur la toxicomanie en milieu correctionnel. De plus, le Centre a pour mission d'encourager et de stimuler la recherche sur les toxicomanies dans le système de justice pénale et d'élaborer un programme coordonné de recherche appliquée dans les différentes sphères de compétence. Le Centre de recherche en toxicomanie poursuit les buts suivants : répondre aux besoins de recherche appliquée du Service correctionnel du Canada pour l'élaboration des politiques, l'établissement des programmes et les pratiques de gestion; promouvoir la recherche sur la toxicomanie

et les services correctionnels; mettre à la disposition des chercheurs de renommée internationale un lieu de recherche; forger des relations complémentaires et coopératives avec des partenaires; et assurer une formation et un perfectionnement en recherche.

- Réseau communautaire canadien de l'épidémiologie des toxicomanies (RCCET) – Le RCCET a été mis sur pied en 1995 en réponse à une étude de faisabilité qui a identifié le besoin pour un système de surveillance des toxicomanies au plan canadien. Parrainé par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et guidé par un comité directeur, le RCCET est un projet collectif auquel participent des organismes fédéraux, provinciaux et communautaires avec des intérêts transversaux concernant l'utilisation des drogues, la santé et les conséquences légales de la consommation, du traitement et de l'application de la loi. Sa vision stratégique est : « Un partenariat pour être à l'affût de l'apparition de nouvelles tendances de la toxicomanie et des facteurs associés». L'objectif principal du RCCET est de coordonner et de faciliter la collecte, l'organisation et la diffusion d'informations qualitatives et quantitatives sur l'utilisation de drogues parmi la population canadienne et au niveau local, provincial et national. Les objectifs additionnels du RCCET visent à promouvoir le réseautage parmi les partenaires multisectoriels clés, à améliorer la qualité des données cumulées et à signaler toute indication de tendances émergeantes. Un des 12 sites du RCCET est à Fredericton au Nouveau- Brunswick. Chaque site procède à la collecte, à la mise en commun et à l'interprétation des données dans huit secteurs importants des drogues utilisées (alcool, cocaïne, cannabis, héroïne, sédatif-hypnotique et tranquillisant, hallucinogènes autres que le cannabis, stimulants autres que la cocaïne et les drogues licites) et dans six indicateurs de secteurs (prévalence, application de la loi, traitement, morbidité, mortalité et VIH, sida, hépatite C, ce qui inclut l'utilisation des drogues d'injection et l'information sur l'échange de seringues) pour la production des rapports locaux. Sur la base de la disponibilité de ressources, un rapport national est produit annuellement, résultant de la compilation des données locales, avec un accent particulier sur les questions courantes et prioritaires.

Malgré ces forces du Canada atlantique établies en matière de recherche, il reste d'importantes lacunes dans les connaissances des données probantes sur les enjeux liés à l'utilisation de drogues injectables dans la région. De façon générale, les renseignements disponibles sur les profils d'utilisation de drogues injectables sont insuffisants et il n'existe pas de données fiables sur le nombre d'utilisateurs de drogues injectables au Canada ou dans des régions précises comme le Canada atlantique.[182] Très peu de données sont également disponibles sur certaines sous-populations d'utilisateurs de drogues injectables comme les femmes, les Autochtones, les Afro-Canadiens, les jeunes et les personnes vivant dans les régions rurales.

Plusieurs rapports canadiens reconnaissent le besoin d'effectuer plus de recherches sur les nombreux enjeux liés à l'utilisation de drogues injectables et les exemples d'interventions fructueuses en réduction de méfaits, de même qu'une surveillance améliorée des comportements à risque et de la prévalence de la maladie associée à l'usage des drogues injectables. Des mécanismes pour diffuser efficacement les connaissances sur l'usage des drogues injectables sont également un autre secteur jugé

prioritaire.[183,184,185] En juin 2005, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies a publié un rapport reconnaissant le besoin de «données plus pertinentes, normalisées et comparables» sur les services de toxicomanie au Canada.[186] Une recommandation du rapport *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada* était d'élaborer un cadre de travail et des outils pour faciliter la présentation régulière de rapports en suivant des indicateurs préétablis sur l'usage de drogues injectables.[187]

Au cours des dernières années, certains projets de recherche ont été effectués au Canada atlantique. La majorité de ces projets étaient un effort concerté de partenaires de recherche. L'étude du Cap-Breton réalisée en 1997 portait sur l'usage de drogues injectables et les comportements à risque. L'étude sur l'établissement de Springhill, en 1998, abordait l'épidémiologie du VIH, du VHB et du VHC dans les prisons fédérales.[188] Plusieurs organismes communautaires ont entrepris des recherches pour évaluer les besoins des utilisateurs de drogues injectables qu'ils desservent.[189,190,191,192,193] Au Nouveau-Brunswick, une recherche d'établissement du coût était terminé en 2004 pour les programmes d'entretien à la méthadone,[194] et, en Nouvelle-Écosse en 1999, un organisme communautaire en partenariat avec une université a examiné les pratiques d'injection à risque et à risque réduit.[195]

Compte tenu des intérêts en matière de recherche, des expériences et des besoins au Canada atlantique, un atelier a été organisé en 2003 pour examiner des possibilités d'élaborer une approche de recherche coordonnée sur le VIH et le VHC dans la région.[196] Comme indiqué ci-dessous, les participants ont cerné plusieurs lacunes dans la recherche. Les quatre premières lacunes ont été identifiées comme les priorités les plus importantes.

- Recherche avec des groupes marginalisés.
- Recherche/programme sur la réduction des méfaits – démontrant la valeur de l'approche.
- Recherche sur les déterminants de la santé – qu'est-ce qui détermine les comportements à risque élevé de plusieurs Canadiens de l'Atlantique.
- Recherche ou stratégies sur les interventions auprès des décideurs qui leur permettent de financer les approches de réduction des méfaits.
- Renseignements épidémiologiques.
- Recherche sur l'efficacité des programmes et des services.
- Enjeux spécifiques sur la nécessité d'avoir des stratégies de réduction des méfaits pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes dans le milieu carcéral.
- Recherche pour justifier la nécessité d'avoir des endroits sûrs pour le tatouage et l'échange de seringues dans les prisons.
- Ressources de financement, accessibilité et comparaisons.
- Diffusion des stratégies de recherche.

En plus d'avoir cerné les priorités de recherche, les participants à l'atelier ont conclu qu'il serait possible d'avoir un mécanisme pour coordonner la recherche intersectorielle

sur l'usage de drogues injectables dans les quatre provinces de l'Atlantique si les ressources étaient disponibles pour financer l'infrastructure organisationnelle nécessaire pour favoriser une telle collaboration.

Bien que plusieurs enquêtes régionales actuellement en cours au Canada permettent de recueillir des données sur les comportements à risque chez les UDI et que l'on ait déjà mené un bon nombre d'enquêtes transversales uniques sur la prise de risques chez les utilisateurs de drogues injectables, il est difficile, voire impossible, de comparer les taux de comportements à risque entre les différents ensembles de données. D'une part les méthodologies des études ont varié, et d'autre part, différents chercheurs ont colligé des données sur les comportements à risque en utilisant des questions différentes, des questions formulées différemment, des variables ou des définitions de concept différentes, des cadres temporels différents pour la communication des comportements et des catégories de réponses différentes. Il est donc difficile d'utiliser les données existantes sur les comportements à risque des UDI pour dégager des tendances ou évaluer l'efficacité des programmes et des politiques de prévention à une échelle autre que régionale ou locale.

De plus, même si les estimations nationales du VIH pour 2002 révèlent une diminution du nombre de nouvelles infections attribuables à l'injection de drogues au cours de l'année, l'absence relative de données sur les tendances comportementales empêche toute interprétation fiable de cette conclusion. L'enquête I-Track permettra de suivre l'évolution des comportements à risque (sexuels et relatifs à l'injection de drogues) et de recueillir des données importantes sur les tendances qui pourront être utilisées dans la conception des programmes de prévention et l'évaluation de l'efficacité des programmes. Ces données comportementales pourraient aussi permettre d'interpréter les changements dans la prévalence et l'incidence du VIH chez les UDI et constituer un mécanisme d'information rapide sur la propagation du VIH au sein de cette population. La fréquence élevée des comportements sexuels et des pratiques d'injection de drogues à risque déclarés par les UDI dans les centres sentinelles de l'ensemble du Canada indique que le risque de transmission du VIH dans ces populations demeure important. Il importe également de surveiller les comportements de certains sous-groupes clés d'UDI, notamment les jeunes de la rue et les détenus, afin d'intervenir adéquatement face à l'évolution du VIH/VHC chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada.

RÉSUMÉ ET ÉVALUATION DES LACUNES DANS LES PROGRAMMES ET LES POLITIQUES

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Forces

Depuis 2000, des réalisations importantes ont été accomplies dans la région de l'Atlantique quant aux initiatives provinciales et régionales pour s'attaquer aux méfaits liés à l'usage de drogues injectables. En Nouvelle-Écosse, l'élaboration d'une Stratégie provinciale sur le VIH\sida et d'une Stratégie sur les pathogènes à diffusion hématogène, qui comportent un cadre de travail sur la réduction des méfaits, est un exemple positif pour les autres provinces. L'Île-du-Prince-Édouard a élaboré une politique sur la réduction des méfaits et l'accessibilité aux programmes de traitement d'entretien à la méthadone (TEM) a augmenté au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse. On note aussi une augmentation, depuis 2000, dans la disponibilité des programmes d'échange de seringues dans les quatre provinces de l'Atlantique. Les détenus qui suivaient déjà un traitement d'entretien à la méthadone au moment de leur incarcération peuvent poursuivre le traitement dans le système carcéral fédéral et dans la majorité des pénitenciers sous responsabilité provinciale. Dans les pénitenciers fédéraux, les détenus peuvent commencer un traitement à la méthadone pendant qu'ils purgent leur peine. Des initiatives pour piloter un service de tatouage sont en place dans six prisons fédérales. À la demande de Service correctionnel du Canada, l'Agence de santé publique du Canada révise la possibilité d'offrir des PÉS dans les prisons.

Les organismes communautaires constituent un élément essentiel des efforts de réduction des méfaits dans la région et sont des chefs de fil dans plusieurs champs d'action, notamment les stratégies communautaires, l'échange de seringues et l'éducation préventive sur le VIH et le VHC. Plusieurs collaborations multilatérales luttent activement contre les problèmes liés à l'utilisation de drogues injectables, par exemple, le forum sur la réduction des méfaits, le groupe de travail sur l'OxyContin à Terre-Neuve-et-Labrador et le Community Partnership on Prescription Drug Abuse au Cap-Breton (Nouvelle-Écosse). Dans certaines provinces, la prise de conscience grandissante quant aux problèmes liés à l'usage à mauvais escient des médicaments sur ordonnance a résulté en une plus grande sensibilisation de la population et à du financement pour la mise en place de services de réduction des méfaits.

Les gouvernements provinciaux, les autorités sanitaires/districts de santé et les organismes communautaires, fournissent une gamme variée de services en toxicomanie, de la prévention des toxicomanies à la réadaptation. Enfin, il existe au Canada atlantique une solide infrastructure de recherche avec des centres de recherche importants qui sont des chefs de file dans la recherche sur la toxicomanie et les comportements à risque pour les infections par le VIH/VHC. Des progrès ont été réalisés pour mieux comprendre les besoins des utilisateurs de drogues injectables, essentiellement en raison des efforts d'évaluation des besoins de plusieurs organismes communautaires de la région.

D'importantes améliorations ont été notées (peu d'informateurs clés rapportent que 50 % ou plus des utilisateurs de drogues injectables adoptaient des comportements à risque)

quant aux pratiques sexuelles risquées avec des clients (43 % en 2005 comparativement à 52 % en 2000), des pratiques sexuelles risquées avec des partenaires occasionnels (64 % en 2005 contre 77 % en 2000) et des pratiques sexuelles risquées avec des partenaires réguliers (78 % en 2005 contre 91 % en 2000).

Défis

Comme nombre des iniquités sociales et économiques qui sous-tendent l'abus des drogues, l'utilisation des drogues injectables demeure toujours, en 2005, une épineuse question de santé publique au Canada atlantique. Le Canada atlantique présente davantage d'iniquités sociales, économiques et sanitaires et des taux plus élevés de maladies chroniques comparativement au reste du Canada. La région a un profil de santé généralement plus négatif, des revenus plus faibles, des taux plus élevés de chômage et une plus petite part proportionnelle de la richesse nationale comparativement aux autres régions du Canada.

Les estimations du nombre d'utilisateurs de drogues injectables dans les provinces de l'Atlantique n'ont pas changé énormément depuis 2000. Cependant, les tendances dans les types de drogues consommées ont changé dans toute la région. Depuis 2000, le mauvais usage de l'OxyContin sur ordonnance a augmenté, dans certaines collectivités de façon très marquée, avec un nombre plus élevé de surdoses et un plus grand nombre d'activités criminelles. Les informateurs clés et les utilisateurs de drogues injectables étaient plus nombreux à souligner l'adoption de comportements d'injection à risque par les UDI : un plus grand nombre de personnes interrogées a déclaré que 50 % ou plus des utilisateurs de drogues injectables partagent des seringues (54 % en 2005 contre 47 % en 2000) et d'autre matériel d'injection comme des cuillères, des filtres, de l'eau, etc. (81 % en 2005 contre 60 % en 2000). Sur l'ensemble, la principale constatation est la suivante : les messages pour prévenir le partage de matériel d'injection n'ont pas été efficaces pour réduire ces comportements et le manque d'accès à du matériel propre est toujours un problème au Canada atlantique, surtout dans les régions rurales et les petites villes. Plusieurs personnes interrogées ont indiqué que les pharmacies ne sont pas disposées à vendre des seringues lorsqu'elles soupçonnent que ces seringues seront utilisées pour la consommation de drogues non prescrites, créant un obstacle inutile pour les utilisateurs de drogues injectables qui tentent de s'attaquer à la réduction des méfaits.

Il est difficile de tirer des conclusions sur les tendances dans les taux de VIH dans les provinces de l'Atlantique puisque certaines provinces affichent un très faible nombre de nouveaux cas. Cependant, les chiffres compilés pour l'Île-du-Prince-Édouard et la Nouvelle-Écosse révèlent une augmentation de 50 % dans le nombre de nouveaux cas de VIH de 2000 (n=16) à 2005 (n=32) et une augmentation dans la proportion de ces cas du VIH attribuables à l'utilisation de drogues injectables (6 % en 2000 à 19 % en 2005).

Le nombre d'infection par le VHC a diminué dans toutes les provinces à l'exception de Terre-Neuve-et-Labrador où le nombre de nouvelles infections est passé de deux à quatre cas par année en 2000-2003 à 25 cas en 2004. Le nombre de nouvelles infections au VHC à Terre-Neuve-et-Labrador a également augmenté de manière significative, de 43 cas en 2000 à 78 cas en 2004, une augmentation de 45 %. Les données de Terre-Neuve-et-Labrador révèlent que de 2000 à 2005, le pourcentage d'infections par le VHC avec l'injection de drogues comme un facteur de risque se situait entre 24 % et 35 %.[197]

D'après un rapport récemment publié en Nouvelle-Écosse sur la surveillance du VHC, l'utilisation de drogues injectables a été reconnue comme un facteur de risque dans 59 % des cas.[198] La hausse dans l'injection de l'OxyContin peut être en grande partie responsable de ces augmentations dans les cas d'infection par le VHB et le VHC.

Des obstacles aux mesures de réduction des méfaits restent toujours présents dans plusieurs régions du Canada atlantique. On y trouve notamment :

- Un nombre insuffisant de programmes de prévention de l'abus de substances adoptent une approche de réduction des méfaits, notamment pour prévenir l'injection de drogues chez les personnes qui consomment des substances.
- S'il est vrai qu'il y a eu une certaine augmentation dans le nombre de services de réduction des méfaits au Canada atlantique, il est évident que ce ne sont pas tous les décideurs des politiques publiques de la région qui privilégient les approches de réduction des méfaits comme faisant partie intégrante des services de santé publique. La nécessité d'avoir des PÉS financés par des organismes de bienfaisance le démontre bien. Il y a lieu d'améliorer la compréhension et l'engagement des décideurs des politiques publiques à l'égard de l'importance de la réduction des méfaits et des services.
- La disponibilité et l'accessibilité aux services de réduction des méfaits, y compris les PÉS et les programmes de TEM pour les UDI, font grandement défaut dans toute la région de l'Atlantique. Il s'agit d'un problème particulièrement important pour nombre de personnes des milieux ruraux et pour les personnes dans les établissements correctionnels. Plusieurs pharmacies ne fonctionnent pas en vertu des principes de réduction des méfaits et créent des obstacles pour les personnes qui désirent acheter des seringues propres.
- Compte tenu de la prévalence des drogues injectables dans le milieu carcéral, les détenus adoptent des comportements qui les mettent à risque élevé de maladies infectieuses. Les détenus continuent à faire face à des obstacles importants en matière de politiques et de prestation des services dans l'accès aux programmes de TEM et aux condoms. Les PÉS ne sont disponibles dans aucun établissement correctionnel.
- Les PÉS qui fonctionnaient au moment de l'étude ont observé une augmentation considérable dans la demande de services. Cette demande accrue était démesurée par rapport aux budgets de fonctionnement. Il s'agit d'un problème particulièrement important pour les PÉS financés exclusivement par les activités de financement des organismes de bienfaisance. Bien qu'ils semblent avoir été efficaces, les services de santé publique pour les utilisateurs de drogues injectables, là où ils existent, sont menacés en raison de la viabilité du financement.
- Compte tenu des nombreux bienfaits de la méthadone pour les UDI, le nombre croissant de nouveaux programmes d'entretien à la méthadone est une tendance positive au Canada atlantique. L'accès aux programmes de traitement d'entretien à la méthadone demeure toutefois un défi de taille, surtout pour les gens qui habitent les régions rurales. Un manque de places dans les programmes de traitement des dépendances pour les personnes qui en ont besoin est un problème qui sévit dans tout

le Canada atlantique, plus particulièrement dans les communautés rurales et les petites municipalités.

- Il y a une pénurie de services de santé appropriés qui sont disponibles et accessibles aux utilisateurs de drogues injectables. En raison des préjugés associés à l'utilisation de drogues injectables et des jugements catégoriques qui sont souvent présents chez les professionnels des soins de santé, nombre d'utilisateurs de drogues injectables évitent d'aller chercher des soins de santé primaires à moins d'être très malades et d'avoir besoin de soins d'urgence. Des efforts sont encore à faire pour mieux préparer et appuyer les professionnels de soins primaires pour offrir des soins primaires complets et uniformes aux utilisateurs de drogues injectables.
- Nombre de jeunes consomment plusieurs drogues (c.-à-d., ils sont «polytoxicomanes»), mélangent différents types de drogues et ont tendance à faire davantage l'expérience de toutes les drogues qui leur sont proposées que les utilisateurs plus âgés. Les jeunes UDI ont tendance à considérer l'injection comme une activité sociale. Les jeunes sont plus susceptibles de s'injecter dans des lieux publics et d'adopter des comportements à risque liés à l'injection de drogues. Ils sont également moins susceptibles de faire appel aux services de traitement des toxicomanies.
- Il n'y a pas suffisamment de programmes de toxicomanie destinés exclusivement aux femmes et aux jeunes qui tiennent compte des besoins et des problèmes particuliers de ces sous-populations.
- En général, les femmes UDI sont plus jeunes que les hommes et ont plus tendance à participer à l'industrie du sexe et à connaître des problèmes de déséquilibre de pouvoir dans leurs relations.[199] Ce déséquilibre de pouvoir a des répercussions sur leur accès aux drogues et à des méthodes d'injection et des pratiques sexuelles plus sûres. Elles sont plus à risque de maladies infectieuses telles que le VIH, l'hépatite B et l'hépatite C. Il existe également une inégalité des sexes en ce qui concerne l'accès au traitement de la toxicomanie.
- Les Autochtones semblent commencer à consommer des drogues à un plus jeune âge et doivent surmonter nombre d'obstacles afin de participer à des services de réduction des méfaits, notamment voyager de grandes distances et le manque de programmes adaptés à leur culture.
- Il y a dans la région atlantique une lacune dans l'information sur l'usage de drogues par injection chez les minorités ethnoculturelles, par exemple, les Canadiens de race noire qui sont confrontés aux défis liés à un taux de chômage et d'analphabétisme plus élevé que la moyenne, de même qu'à des problèmes associés à du logement inadéquat, ce qui augmente leur vulnérabilité pour les comportements à risque.
- On a constaté une hausse dans le nombre de personnes qui s'injectent des médicaments sur ordonnance, une tendance dont il faut tenir compte dans le travail collaboratif sur la mise en place de stratégies globales de réduction des méfaits.
- Au Cap-Breton, 8 % des jeunes âgés de 15 à 18 ans ont indiqué utiliser des stéroïdes anabolisants et, de ceux-ci, 17,6 % ont rapporté avoir déjà utilisé des drogues

injectables.[200] La majorité de ces jeunes n'étaient pas au courant de l'existence d'un PÉS dans leur communauté et ont indiqué qu'ils n'utiliseraient probablement pas ses services.

- Il existe d'importantes lacunes dans les renseignements sur l'utilisation de drogues injectables qui, s'ils étaient complets, appuieraient les efforts de planification de programmes. Il existe des lacunes particulières qui empêchent de comprendre l'utilisation de drogues injectables chez les populations rurales, autochtones et les Canadiens de race noire. D'autre recherche serait profitable pour examiner les modèles d'intervention en réduction des méfaits qui ont connu du succès auprès des jeunes, notamment dans l'utilisation de l'OxyContin.
- En général, les circonstances et le contexte entourant l'initiation à l'utilisation de drogues injectables nécessitent d'autre recherche, par exemple, le rôle que joue l'alcool dans l'initiation aux drogues injectables au Canada atlantique.
- D'autre recherche est nécessaire pour comprendre les raisons des changements dans le nombre d'infections par le VIH, le VHC et le VHB. La recherche permettrait de vérifier si les nombres peuvent s'expliquer par des changements dans les pratiques de dépistage ou par le succès des campagnes de sensibilisation conseillant vivement aux personnes de passer un test de dépistage.
- Sauf quelques exceptions notables (comme l'évaluation de Direction 180 à Halifax, Nouvelle-Écosse, ou l'évaluation des programmes de dépistage anonyme du VIH dans les établissements correctionnels du Nouveau-Brunswick), des évaluations de programme de meilleure qualité doivent être effectuées dans la région atlantique. Cela permettrait d'en connaître davantage sur l'efficacité des programmes à l'intention des utilisateurs de drogues injectables. L'évaluation des programmes offre des occasions d'améliorer les programmes existants et de cerner des pratiques efficaces pour financer la mise en œuvre de nouveaux programmes. Il n'y a pas d'ensemble d'indicateurs communs sur l'utilisation des drogues injectables pour la région. Cela permettrait d'appuyer une approche commune à l'évaluation. Les répercussions des politiques des PÉS sur l'élimination sécuritaire, et non sécuritaire, des seringues souillées dans la communauté sont un exemple d'enjeu au niveau des programmes qui nécessite plus de recherche. L'application stricte de l'échange un à un dans les PÉS peut se traduire par une augmentation dans l'élimination non sécuritaire des aiguilles dans la communauté. Un système de contrôle, de suivi et de surveillance plus efficace des PÉS, notamment les composantes «d'échange» qu'offre le service, permettrait de démontrer aux intervenants clés, y compris à ceux des secteurs de l'application de la loi, de la santé et de l'éducation, l'efficacité et les répercussions positives du programme.
- Il n'y a pas de mécanisme officiel pour le partage continu des connaissances entre les personnes qui élaborent et offrent des services pour les utilisateurs de drogues injectables. Ce mécanisme permettrait d'accroître les capacités des personnes qui travaillent présentement dans ce domaine. Les personnes qui commencent à travailler avec les utilisateurs de drogues injectables auraient plus facilement accès à l'expertise de leurs collègues.

LACUNES AU NIVEAU DES PROGRAMMES ET DES POLITIQUES

Malgré le progrès accompli, il faut s'attarder rapidement à nombre de questions importantes qui touchent l'injection de drogues au Canada atlantique. Cette analyse de l'environnement met en lumière certaines tendances ainsi que les lacunes dans les programmes et les politiques qui pourront orienter la planification future. Les recommandations pour les mesures à prendre proviennent directement des données des entrevues et documentent les conclusions de l'examen de cette analyse de l'environnement. Afin de faciliter la consultation et d'assurer un suivi ciblé dans l'amélioration des services et des politiques relevant de chaque compétence ou mandat, ces lacunes et tendances sont regroupées par groupe d'intervenants.

Prévention des toxicomanies

> *Il faut faire davantage de sensibilisation sur les drogues dans les écoles. Il devrait y avoir dans les écoles un conseiller en toxicomanie et on devrait inviter d'anciens toxicomanes à parler aux jeunes – c'est un des moyens les plus efficaces pour rejoindre les jeunes.*
> Informateur clé

Plusieurs personnes qui s'injectent des drogues commencent à l'adolescence, il est important que la prévention de la toxicomanie commence à un jeune âge. Elle doit donc être menée par les écoles et les parents. Les stratégies de prévention des toxicomanies (y compris la sensibilisation du public, l'éducation, le perfectionnement des compétences, le marketing social, l'action communautaire et l'élaboration de politiques) permettent, au fil du temps, de transformer les attitudes, les connaissances, les comportements et les conditions sociales de manière à réduire les risques que les personnes, surtout les jeunes, ne commencent à consommer de l'alcool ou d'autres drogues de façon inappropriée ou à s'y adonner de façon plus néfaste, notamment par injection.[201] Il faut faciliter l'accès des enseignants et des parents aux ressources de formation leur permettant de discerner lorsqu'un jeune a besoin de traitement et comment avoir accès à ce traitement.

Peu de programmes de prévention de la consommation excessive de substances du Canada atlantique appliquent tous les éléments des pratiques exemplaires tels que définis par Santé Canada. Nombre de ces programmes s'articulent autour des éléments de prévention du crime associés à la consommation de drogues ou d'alcool et certains sont particulièrement axés sur l'abstinence plutôt que sur une approche de réduction des méfaits. Les programmes présentés doivent (au moins pour les élèves du secondaire)[202] être liés aux réalités des jeunes en matière de consommation, par exemple, réfuter la mystique associée à l'injection, donner de l'éducation sur les conséquences sur la santé de mélanger divers types de drogues, la sensibilisation et le counseling par les pairs, les techniques de négociations par les pairs, développer l'estime de soi, offrir des loisirs sains comme alternatives à la consommation de drogues, etc. L'éducation entre les pairs et l'action sociale sont des façons valables pour sensibiliser les personnes qui commencent à s'injecter des drogues sur la réduction des méfaits. Des UDI expérimentés, surtout ceux qui utilisent les PÉS, devraient organiser des échanges de seringues collectifs pour les jeunes qui s'initient à la drogue par injection et agir comme mentor dans des pratiques d'injection sécuritaires.

La question d'une utilisation inappropriée des médicaments sur ordonnance indique la

nécessité d'apporter des améliorations dans les pratiques de prescription des médicaments par les médecins de la région atlantique; les méthodes alternatives de gestion de la douleur doivent être considérées pour les personnes qui souffrent réellement.

Bailleurs de fonds gouvernementaux et décideurs

Des résultats de recherche suggèrent que les stratégies de prévention des maladies doivent mettre en relation les facteurs socioéconomiques et la santé et le mieux-être de la population. Ces stratégies doivent également être coordonnées autour d'une vision centrale et engager tous les ordres de gouvernement et tous les niveaux communautaires dans leur conception et mise en oeuvre. Plus précisément, il conviendrait d'encourager l'adoption officielle d'une approche de réduction des méfaits pour la planification et la prestation des programmes pour toutes les initiatives financées ou mises en œuvre par le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et territoriaux, les organismes non gouvernementaux et les communautés et dans une variété de secteurs, y compris la santé publique, la toxicomanie, le VIH/sida, le VHC, les populations autochtones, les services correctionnels, la santé mentale, le logement social, la justice, les tribunaux, l'éducation et l'emploi. De plus, une approche de réduction des méfaits peut s'étendre aux programmes de toxicomanie, aux ministères chargés de l'éducation et des services correctionnels, de même qu'au secteur de la santé.

Comme le démontre en partie le nombre croissant d'utilisateurs des PÉS, ces programmes et les programmes de traitement d'entretien à la méthadone sont, pour les UDI, d'importants points d'accès aux services. Plusieurs programmes et services qui existent sont des projets ponctuels ou ne sont appuyés que par les activités de collecte de fonds des organismes à but non lucratif. Certains organismes sont financés au niveau des opérations afin d'offrir du soutien aux utilisateurs de drogues injectables, mais la majorité des programmes, surtout dans le secteur de la prévention des toxicomanies, reposent sur des projets ou sont complètement soutenus par des bénévoles ou des collectes de fonds. Afin d'assurer la poursuite des services d'appui aux UDI, il faut les intégrer aux budgets de fonctionnement permanents des administrations régionales de la santé et des gouvernements provinciaux. Les services essentiels de réduction des méfaits seraient assurés en fonction des droits de la personne plutôt qu'en fonction d'un modèle qui repose sur la charité et qui nécessite de constantes collectes de fonds. Pour soutenir des programmes de réduction des méfaits efficaces, les organismes d'application de la loi devraient indiquer clairement qu'ils ne surveillent pas étroitement les activités des PÉS et qu'ils appuient au moins indirectement le modèle de réduction des méfaits en évitant les PÉS et leurs clients. Dans les secteurs où les membres de la communauté n'appuient pas une approche de réduction des méfaits, comme les PÉS, il pourrait être approprié que le gouvernement parraine et transmet des messages sociétaux pour sensibiliser le public à l'importance d'une approche de réduction des méfaits et à ses bienfaits pour l'ensemble de la communauté.

Le leadership et la coordination sont indispensables pour qu'une approche de réduction des méfaits soit intégrée aux secteurs de l'application de la loi, de la justice, à tous les paliers de gouvernement, aux groupes communautaires et autres groupes afin de promouvoir l'implantation, l'accessibilité et l'efficacité des programmes d'échange de

seringues et examiner les obstacles à tous les niveaux au Canada atlantique, y compris la mise en place de projets pilotes dans les services correctionnels.

Afin de faciliter une approche coordonnée pour la mise en oeuvre des mesures voulues, il serait profitable d'avoir un mécanisme pour coordonner les efforts des nombreux partenaires de la région qui travaillent sur ces questions, par exemple, par le biais d'un réseau régional de réduction des méfaits. En plus de maintenir des liens entre les programmes et les organismes, ce réseau pourrait également faciliter l'établissement de partenariats entre les organismes communautaires et les chercheurs qui partagent des intérêts communs au niveau de la recherche sur des questions particulières liées à l'utilisation de drogues injectables. Les priorités de recherche ont été clairement articulées pour la région de l'Atlantique; des efforts de collaboration sont nécessaires pour obtenir les fonds requis pour entreprendre les travaux de recherche.

Approche communautaire et Programmes d'échange de seringues

La stratégie communautaire fait partie intégrante d'une approche de réduction des méfaits. Les PÉS constituent une partie cruciale d'une stratégie globale de réduction des méfaits. Le Canada atlantique a besoin d'un plus grand nombre de PÉS, avec un accent particulier sur la disponibilité de ces services pour les personnes des milieux ruraux et pour les personnes dans les établissements correctionnels. Il faut également assurer la viabilité des services actuellement offerts. Les organismes qui offrent des soins, des services et des PÉS doivent voir à accroître l'accessibilité à leurs programmes, envisager des méthodes novatrices de sensibilisation, par exemple faciliter la présence d'échangeurs collectifs et «d'aidants naturels» chez les utilisateurs de drogues injectables qui travaillent auprès de cette population pour partager leurs connaissances sur la réduction des méfaits et offrir des services. Des programmes de formation sur les principes de réduction des méfaits doivent être offerts aux pharmaciens. Il faudrait également les inciter à établir des partenariats avec les PÉS pour accroître l'accès dans les collectivités partout au Canada atlantique à du matériel d'injection propre pour les utilisateurs de drogues injectables.

> *Il faut davantage d'intervenants de rue, par exemple des infirmières de rue, plutôt que des intervenants dans de beaux bureaux. Il faudrait également des centres d'accueil où on offre des services aux toxicomanes. On pourrait également offrir des soins gratuits à ces endroits.*
>
> Informateur clé

> *Il faut sensibiliser davantage les pharmaciens pour qu'ils ne refusent pas de servir les gens ou ne leur font pas la morale lorsqu'ils vont acheter des seringues. On devrait pouvoir acheter des seringues à l'urgence de l'hôpital en tout temps sans avoir à répondre à une foule de questions.* Utilisateur de drogues injectables

Certaines personnes interviewées ont également réclamé la mise en place de lieux d'injection sécuritaires dans lesquels travailleraient des infirmières. Des rapports sur l'adoption de moyens non appropriés pour se défaire des seringues soulignent que l'installation de boîtes de dépôt de seringues réduirait le risque pour le grand public.

Les organisations communautaires doivent poursuivre leur travail afin de stimuler et d'accroître les initiatives qui visent à réduire les méfaits; de faciliter l'accès aux services sociaux et médicaux, au traitement et à la réadaptation, et de promouvoir l'insertion et la

réinsertion dans la société (détenus retournant dans leur collectivité après avoir été libérés d'un établissement de détention). Il faut également stimuler la participation des utilisateurs de drogues injectables et des réseaux d'usagers pour réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection. Enfin, l'éducation par les pairs sur des sujets comme des pratiques d'injections plus sécuritaires et un test de pureté pour la prévention de surdoses est un secteur que l'on pourrait approfondir.

Traitement de la toxicomanie

> *Les femmes UDI doivent avoir accès à des refuges pour qu'elles puissent s'échapper des cercles de toxicomanie, de l'industrie du sexe et de leur dépendance à l'égard des partenaires violents.*
>
> Informateur clé

Tout comme les PÉS, un élément essentiel d'une approche qui vise la réduction des méfaits est la disponibilité de tout un éventail de traitements possibles et leur accessibilité. Comme le souligne le document, Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection,[203] les options offertes doivent reposer sur des preuves d'efficacité, notamment le counseling, l'aide entre pairs, la désintoxication et des services en établissements. Le traitement par la méthadone est un moyen efficace de réduire l'usage des drogues par injection, le partage de seringues, les méfaits associés à l'injection d'opiacés et les activités criminelles.[204] Puisque le traitement à la méthadone n'est pas efficace pour tous, certaines personnes interviewées ont demandé une recherche plus poussée sur les autres formes de traitement de la toxicomanie. Certains ont suggéré d'examiner d'autres traitements aux opiacés de substitution, par exemple, fournir aux toxicomanes un approvisionnement sécuritaire de la drogue dont ils sont dépendants, avec des doses fixes réglementées fournies par le gouvernement. Les services de toxicomanie doivent s'assurer que les programmes et les services répondent aux besoins des personnes qui consomment des drogues, y compris celles qui ont des problèmes liés à l'usage de plusieurs drogues et qui souffrent de maladie mentale. Ils doivent tenir compte du sexe, de l'âge, de l'emplacement géographique, des handicaps et de l'origine ethnique. Il faut également veiller à ce que le traitement et les services de réadaptation en matière d'abus de substances psychoactives, les soins et le traitement du VIH/sida, de l'hépatite B et C, ainsi que les services associés, comme le logement et l'emploi, soient disponibles et coordonnés.

Il est indispensable d'accroître dans toutes les régions du Canada atlantique l'accès aux programmes de traitement à la méthadone, et examiner des mécanismes pour offrir ces programmes dans les communautés rurales ou les petites municipalités qui mettent à contribution les médecins et les pharmacies de la région. Il faut aussi examiner l'expansion des services de toxicomanie en général qui reposent sur une approche globale vis-à-vis le traitement à la méthadone qui comprend les drogues de substitution, le counseling et le soutien communautaire.

> *Il faudrait des programmes d'entretien à la méthadone à seuil peu élevé qui appuient davantage les toxicomanes. S'il y a des traces dans leur urine lorsqu'ils sont sur le programme TEM – comme la mari, le crack, benzos – cela ne devrait pas affecter leur traitement à la méthadone parce qu'ils sont là en raison de leur dépendance aux opiacés. Il faut traverser une étape à la fois.*
>
> Utilisateur de drogues injectables

Les programmes actuels de TEM pourraient tenter d'améliorer les règles et règlements pour assurer l'élimination des obstacles non nécessaires pour offrir des soins de qualité aux usagers de drogues injectables. Les fonctionnaires du gouvernement dans le secteur de la santé et les Collèges de médecins et de chirurgiens doivent s'assurer que des services complets sont disponibles pour les personnes traitées à la méthadone, incluant des soins de santé primaires, des services de counseling, d'éducation et de soutien.

Services primaires et services spécialisés

Il est indispensable d'élargir les services de santé spécialisés, par exemple, les services offerts par Mainline Needle Exchange en Nouvelle-Écosse dans le cadre de leur projet «Taking it to the Streets»s qui vise à améliorer l'accès aux services de santé qui ont un effet positif sur la santé et le mieux-être des utilisateurs de drogues injectables. L'équipe de deux personnes qui travaille au sein de ce projet visite des endroits spécifiques à Halifax, reconnus comme étant fréquentés par des utilisateurs de drogues, afin de procurer des services d'échange de seringues, des équipes d'entraide et afin de faciliter l'accès aux autres services sociaux et de santé. Des cliniques de soins primaires et des services d'approche additionnels fournissent de précieux modèles pour la prestation des services de santé aux utilisateurs de drogues injectables. Des services de santé sûrs et confidentiels doivent être mis à la disposition des utilisateurs de drogues injectables.

Nombre d'utilisateurs de drogues injectables reconnaissent avoir des problèmes de santé importants et ont de la difficulté à accéder à des services de santé adéquats lorsqu'ils en ont besoin. Répondre à cet enjeu nécessite des efforts dans les secteurs de l'éducation et du soutien aux professionnels de la santé pour fournir des soins adéquats aux utilisateurs de drogues injectables. Des programmes d'études et de formation en cours d'emploi pour que les professionnels de la santé et des domaines connexes comprennent et soient informés des problèmes liés à l'utilisation des drogues injectables. Offrir, en collaboration avec des associations de professionnels de la santé et d'autres établissements appropriés, une formation aux professionnels de la santé qui traite particulièrement du traitement à la méthadone. Améliorer la formation des membres du personnel des salles d'urgence pour qu'ils sachent intervenir dans des situations de crise, comme la surdose, de manière à ce que les dispensateurs de soins directement concernés puissent fournir un traitement approprié aux personnes en crise.

Établissements correctionnels

Dans les établissements correctionnels où les détenus s'injectent des drogues illégales, des projets pilotes doivent être mis en place pour rendre le matériel d'injection stérile disponible.

Les gouvernements provinciaux doivent veiller à ce que des condoms, des digues dentaires et des lubrifiants à base d'eau soient accessibles et discrètement mis à la portée des détenus dans les établissements qui relèvent de leur compétence. Les pénitenciers fédéraux doivent s'assurer d'être conformes à la politique actuelle en rendant ces produits discrètement accessibles. Il faudrait également examiner la possibilité de favoriser l'accès à des pratiques de tatouage sécuritaires.

Les administrateurs des pénitenciers provinciaux doivent examiner la possibilité d'offrir un programme de TEM dans tous les établissements correctionnels provinciaux, non seulement pour les gens qui recevaient le traitement avant d'arriver dans l'établissement, mais également pour ceux qui désirent entreprendre le traitement pendant leur incarcération. La disponibilité du TEM en milieu carcéral doit se compléter par une disponibilité du programme dans la communauté. Enfin, il faut s'assurer que les détenus atteints du VIH ou du VHC reçoivent des soins et des traitements comparables aux normes de soins dans la communauté, incluant des soins palliatifs, l'accès aux médicaments expérimentaux et les approches parallèles en santé.

Recherche et diffusion des connaissances

L'information constitue un outil important pour les personnes qui travaillent avec les utilisateurs de drogues injectables. Il est essentiel que la recherche sur l'usage de drogues injectables se poursuive pour démontrer les tendances actuelles et les interventions efficaces. L'accès à des données actuelles sur les facteurs de risque et les maladies associées à l'utilisation de drogues par injection est nécessaire comme soutien à la planification des programmes. Il est particulièrement important d'assurer un accès continu à l'information provenant des autres régions et pays sur les approches parallèles qu'ils utilisent et évaluer leur application au Canada atlantique.

L'accès à des données fiables sur la prévalence des maladies est une lacune dans la région de l'Atlantique, souvent en raison des ressources limitées que les ministères provinciaux de la santé sont en mesure d'affecter aux activités de surveillance des maladies. Le Canada atlantique est confronté à des défis importants relativement à la surveillance des maladies, notamment les ressources humaines requises pour les systèmes de surveillance, le manque dépistage proactif chez toutes les populations à risque et l'absence d'une base de données nationale intégrée qui relie l'information sur la santé publique aux renseignements sur le traitement et aux autres données sur la santé.[205]

Les partenaires régionaux doivent mettre au point un cadre de référence pour colliger régulièrement des données, en utilisant des indicateurs standards, sur l'usage des drogues par injection et ses répercussions, mettre au point les outils nécessaires pour rassembler et diffuser les données et l'information pertinentes et surveiller les progrès face à la solution de ce problème crucial. Il y a place à l'amélioration dans la surveillance des situations entourant l'usage des drogues par injection et ses répercussions au Canada atlantique grâce à la collecte de données, à des études ciblées et à des recherches pour évaluer les causes, les cofacteurs et l'efficacité des interventions. Des recherches doivent être menées pour promouvoir l'éducation et la diffusion des connaissances sur l'usage des drogues par injection, ses facteurs déterminants et ses effets sur la société et la santé. Il faut cibler les secteurs de la santé, des services sociaux, de l'application de la loi et de la justice, les décideurs des politiques, les personnes qui s'injectent des drogues, les détenus dans les services correctionnels et la collectivité en général. La recherche sur l'attitude de la population à l'égard des principes et de certaines stratégies de réduction des méfaits associés à l'usage des drogues par injection est également une nécessité.

ANNEXE UN : DÉFINITION DES TERMES ET CONCEPTS

Une façon importante de réduire la stigmatisation dont les utilisateurs de drogues injectables font l'objet, c'est d'éviter les étiquettes qui classent généralement tous les utilisateurs de substances psychoactives dans une même catégorie. Voici quelques définitions utiles proposées par la Société médicale canadienne sur l'Addiction[206] qui permettront de clarifier le continuum des profils concernant l'usage de drogues, de même que la démarche de santé ou médicale (plutôt que criminelle) en fonction de laquelle est dirigée la discussion sur l'usage de drogues dans le présent document.

Substance psychoactive : Substance qui a des répercussions sur la pensée (cognitif), les sentiments (affectif) et/ou certains processus de perception du cerveau. Ces substances comprennent des dépresseurs, des stimulants, des hallucinogènes, des opioïdes, des inhalants, etc.

Abus de substances psychoactives : Diagnostic médical, tel que précisé dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – quatrième édition* (DSM-IV), faisant référence à l'usage excessif de drogues lorsque cela crée des problèmes pour l'utilisateur et/ou pour les autres. La personne continue de consommer en dépit de ces répercussions négatives – physiques, mentales, sociales, émotives, légales ou économiques. Une personne peut faire un usage excessif de différents types de drogues sans nécessairement développer une dépendance physique ou psychologique à ces drogues.

Mauvais usage : Usage de drogues légales, de substances prescrites sur ordonnance ou en vente libre à une fin contraire à la loi ou à l'avis d'un médecin quant aux intervalles ou à la quantité recommandés.

Accoutumance : Maladie primaire chronique caractérisée par un contrôle réduit de la consommation d'une substance psychoactive et/ou des comportements. Cliniquement, les symptômes se présentent sur les plans biologique, psychologique, sociologique et spirituel. Des caractéristiques communes sont : changement d'humeur, soulagement d'émotions négatives, source de plaisir, préoccupation à l'égard de la consommation de drogues ou de comportements ritualisés, et consommation continue de drogues ou adoption de comportements malgré les effets nuisibles sur les plans physique, psychologique ou social. Comme d'autres maladies chroniques, cette maladie peut être évolutive, récurrente et fatale. La toxicomanie fait référence à un besoin psychologique et/ou physique de consommer régulièrement pour éprouver les effets de la drogue et pour éviter les sensations désagréables du sevrage. La toxicomanie est généralement caractérisée par des tendances à vouloir consommer et où la personne continue à consommer malgré les effets nuisibles.

Dépendance des drogues : Dépendance psychologique et/ou physique à une drogue à la suite de la consommation régulière de cette drogue. Cette dépendance est généralement caractérisée par de la tolérance et des symptômes de sevrage. Une personne qui consomme se sent incapable de fonctionner sans la drogue.

Usage de drogues par injection : Consommation de drogues à l'aide d'une aiguille et d'une seringue. L'injection peut-être intramusculaire, comme l'utilisation de stéroïdes anabolisants, ou sous-cutanée, comme certains types de consommation d'héroïne. La

majorité des personnes qui s'injecte le fait par voie intraveineuse. Bien que l'injection intraveineuse soit quelque peu difficile à faire, l'injection donne des effets plus rapides et les lésions tissulaires locales sont moins importantes (ce qui peut se produire lors de l'injection intramusculaire ou sous-cutanée de drogues impures vendues sur le marché noir).

ANNEXE DEUX : MÉTHODE

DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON POUR L'ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT

L'analyse de l'environnement a été menée dans les quatre provinces de l'Atlantique, à la fois pour présenter un point de vue régional sur l'utilisation de drogues injectables et pour souligner les différences provinciales dans la région. Les services de consultants indépendants en évaluation ont été retenus pour mener l'analyse de l'environnement et effectuer l'élaboration d'un questionnaire, la collecte et l'analyse des données ainsi que la rédaction du rapport final. Tout au long du projet, les consultants ont travaillé en étroite collaboration avec le personnel du bureau régional de l'Atlantique de l'Agence de santé publique du Canada et le Comité consultatif. L'étude s'est articulée autour de méthodes de recherche qualitative, y compris des entrevues téléphoniques seul à seul avec les personnes (informateurs clés) qui travaillent régulièrement auprès des UDI et des entrevues face à face avec les utilisateurs de drogues injectables eux-mêmes. Chacune de ces méthodes est décrite séparément ci-dessous.

ENTREVUES AVEC LES INFORMATEURS CLÉS

Élaboration du questionnaire

Les consultants en évaluation ont conçu un guide d'entrevue téléphonique pour les informateurs clés d'après les suggestions du Comité consultatif et les outils de collecte de donnés utilisés pour l'analyse de l'environnement de 2000. Le Comité consultatif a apporté sa rétroaction sur une version provisoire du guide d'entrevue téléphonique, qui a été intégrée dans la version finale. La version finale du Guide d'entrevue avec les informateurs clés est présentée à l'Annexe trois.

Sélection de l'échantillon

Une méthode d'échantillonnage au jugé a été utilisée pour établir l'échantillon d'informateurs clés qui participeront à l'étude. En particulier, une méthode d'échantillonnage avec écart maximal a été utilisée. D'après Patton, cette méthode «vise à identifier et à décrire les thèmes centraux ou les principaux résultats qui touchent plusieurs participants ou la variation de programme.»

En vue de générer l'échantillon d'informateurs clés, les membres du Comité consultatif ont fourni aux consultants les noms des personnes qui travaillent auprès des utilisateurs de drogues injectables. La liste dressée par les membres du Comité comprenait 78 participants potentiels. En raison des ressources disponibles pour l'étude, le nombre d'informateurs clés était limité à 50. Parmi la liste de candidats, le Comité consultatif a convenu que l'échantillon final d'informateurs clés devrait être représentatif des quatre provinces de l'Atlantique, correspondant au pourcentage de financement octroyé à chaque province par le bureau régional de l'Atlantique de l'Agence de santé publique du Canada dans le cadre du Programme d'action communautaire sur le sida (PACS). Le

pourcentage de revenu reçu du PACS et la taille de l'échantillonnage correspondante pour la présente étude sont :

- Nouveau-Brunswick : 26 %, 13 participants,
- Terre-Neuve-et-Labrador : 24 %, 12 participants,
- Nouvelle-Écosse : 36 %, 18 participants et
- Île-du Prince-Édouard : 14 %, 7 participants.

Le Comité consultatif a également indiqué qu'il faudrait s'assurer que l'échantillon soit composé d'informateurs clés des divers types de professions. Pour obtenir cette diversité dans chaque province, les informateurs clés potentiels ont été classés en fonction des caractéristiques opérationnelles de leur organisme (organisme communautaire, gouvernement, organisme de recherche) et des types d'activités ou de services offerts (prévention de la toxicomanie, services d'approche, traitement de la toxicomanie ou services de santé).

Puisque le nombre d'informateurs clés potentiels était plus élevé que nécessaire, la liste totale des informateurs clés potentiels, par catégorie d'organisme, a été soumise à un processus d'échantillonnage aléatoire. Un générateur d'échantillon aléatoire en ligne, ww.epri-peac.com/calculators/random.html, a été utilisé à cette fin. Par après, aucune autre modification n'a été nécessaire pour répartir les participants adéquatement par province.

Entrevues

Un courrier électronique a été envoyé à tous les informateurs clés choisis pour les entrevues afin de les inviter à participer au projet. Une invitation a été faite par téléphone pour les participants qui n'avaient pas d'adresse électronique. Au moins deux appels de suivi ont été effectués pour rejoindre les personnes qui n'avaient pas répondu à la première tentative de prise de contact.

Tous les entretiens ont eu lieu par téléphone par un intervieweur d'expérience. Les informateurs clés ont reçu, à l'avance, une copie des questions qui seront discutées. Bien que tous les informateurs clés avaient le choix de faire l'entrevue en français, personne n'a choisi cette option. Nous avons indiqué aux participants que les réponses aux entrevues ne seront pas directement attribuées à des répondants en particulier, dans aucune communication des données, et que les citations de l'échantillon utilisées à titre d'illustration dans le rapport final n'identifieront pas les répondants.

Tout au long de l'entrevue, l'intervieweur a utilisé un guide préétabli qui contenait des questions supplémentaires pour approfondir les réponses des informateurs. Des notes détaillées ont été prises durant l'entrevue. Les notes et les observations de post-entrevue ont été compilées par l'intervieweur dans les 30 minutes suivant chaque entrevue.

Défis

Beaucoup de temps et d'efforts ont été consacrés pour tenter de rejoindre les informateurs clés. L'intervieweur est allé au-delà du processus convenu pour rejoindre le plus grand nombre possible d'informateurs clés, faisant parfois jusqu'à 10 appels pour tenter de les rejoindre. Après plusieurs tentatives de prise de contact qui se sont échelonnées sur une

période de quatre semaines, le taux de réponses chez l'échantillon d'informateurs clés n'a été que de 21 informateurs sur 50 participants potentiels. Le Comité consultatif a convenu d'élargir l'échantillon pour inclure les 78 noms de la liste originale fournie par les membres du Comité et y ajouter 43 noms supplémentaires. Toutes les personnes inscrites à la liste, 121 personnes au total, ont été invitées à participer à l'étude. La liste élargie et l'aide des membres du Comité consultatif pour solliciter la participation des intervenants ont permis aux intervieweurs de compléter 48 entrevues.

Parmi les 50 informateurs clés de l'échantillon initial, 11 ont refusé de participer, 10 ont proposé une autre personne de leur organisme et neuf ont accepté, mais n'étaient pas libres à la date proposée pour l'entrevue. Bien que l'on ait tenté à plusieurs reprises de changer la date des entrevues avec les personnes qui n'étaient pas libres à la date proposée, seulement deux de ces informateurs clés ont été interviewés. Parmi les 71 autres informateurs clés qui ont été rejoints, 11 ont refusé de participer, 10 ont proposé une autre personne et deux ont accepté de participer, mais n'étaient pas libres à l'heure prévue et n'ont pu participer à une date ultérieure. Parmi les 121 informateurs clés, 25 n'ont pas répondu au courriel ou aux messages laissés sur le répondeur. Les situations particulières rencontrées par les intervieweurs comprenaient : un informateur clé qui avait pris sa retraite; une personne qui participait déjà à une autre composante du projet et qui a donc refusé de participer; un informateur avait accepté de participer en répondant aux questions par voie électronique, mais n'a jamais retourné le formulaire; deux personnes qui avaient demandé et reçu une confirmation du bureau régional de l'Atlantique de l'Agence de santé publique du Canada sur la validité du projet, elles n'ont toutefois pas participé.

En raison du faible taux initial de participation, l'échantillon élaboré avec soin qui assurait des variations régionales et professionnelles dans les entrevues avec les informateurs clés a été compromis avec l'ajout des 71 autres noms. Malgré tout, comme le démontre le tableau A1, la représentation au niveau des provinces de l'Atlantique a été essentiellement semblable au plan original.

Tableau A1 : Entrevues avec les informateurs clés : Planifiées c. réalisées

Province	**Nombre d'entrevues prévues**	**% du total**	**Nombre d'entrevues réalisées**	**% du total**
Nouveau-Brunswick	13	26 %	13	27 %
Terre-Neuve-et-Labrador	12	24 %	9	19 %
Nouvelle-Écosse	18	35 %	19	39 %
Île-du-Prince-Édouard	8	15 %	7	15 %
Total	**51**		**48**	

ENTREVUES AVEC LES UTILISATEURS DE DROGUES INJECTABLES

Au départ, le Comité consultatif avait prévu tenir des groupes de discussion dans chaque province avec les utilisateurs de drogues injectables. Après de plus amples discussions,

les membres ont convenu que des entrevues seul à seul seraient plus efficaces, surtout si elles étaient menées par des personnes des organismes communautaires qui avaient déjà établi des relations de confiance avec les utilisateurs de drogues injectables.

Le bureau régional de l'Atlantique de l'Agence de santé publique du Canada a lancé un appel pour trouver des gens qui seraient prêts à faire des entrevues avec les utilisateurs de drogues injectables. Des gens des communautés suivantes ont accepté de faire les entrevues pour le projet :

- Nouveau-Brunswick : Saint John
- Terre-Neuve-et-Labrador : St.John's
- Nouvelle-Écosse : Sydney
- Île-du-Prince-Édouard : Charlottetown.

L'Agence de santé publique du Canada a donné des fonds pour payer les intervieweurs et offrir un honoraire aux personnes qui ont participé aux entrevues.

Élaboration de l'instrument pour l'étude

Les consultants ont préparé un guide d'entrevues conçu pour obtenir de l'information qui complète l'information recueillie lors des entrevues avec les informateurs clés. Le guide a été examiné en détail avec les intervieweurs lors d'une téléconférence. Le guide d'entrevues final comprenait les commentaires des membres du Comité consultatif et des intervieweurs. Une copie de la version finale des questions d'entrevue pour les utilisateurs de drogues injectables est présentée à l'Annexe trois.

Afin d'assurer l'uniformité dans l'utilisation des instruments de collecte de données, toutes les personnes qui font les entrevues ont participé à une téléconférence avec les consultants en évaluation. Les entrevues n'ont pas été enregistrées afin que les participants se sentent plus à l'aise. Les intervieweurs ont plutôt pris des notes détaillées qui ont été présentées aux consultants en évaluation pour analyse.

Sélection de l'échantillon

Durant la téléconférence avec les consultants en évaluation, les personnes responsables des entrevues étaient d'accord de choisir les personnes qu'elles allaient passer en entrevue. Elles ont tenté d'interroger des personnes qui connaissaient la communauté des utilisateurs de drogues injectables. Elles ont également tenté de faire des entrevues avec des personnes de différents sexes, âges et régions géographiques (p. ex., urbain contre rural). La distribution des personnes interviewées dans la région de l'Atlantique est présentée au tableau A2.

Tableau A2 : Nombre d'entrevues avec les utilisateurs de drogues injectables

Province	Nombre d'entrevues prévues	Nombre d'entrevues réalisées
Nouveau-Brunswick	12	12
Terre-Neuve–et-Labrador	10	10
Nouvelle-Écosse	18	18
Île-du-Prince-Édouard	10	10
Total	**50**	**50**

ANALYSE DES DONNÉES

Les notes prises par les responsables des entrevues ont été soumises à une analyse thématique. Les résultats des questions fermées provenant des entrevues avec les informateurs clés ont été présentés comme fréquences sous forme de tableau ou de diagramme à barres accompagnés d'un texte. Le logiciel Microsoft Word a été utilisé pour enregistrer l'information qualitative et Microsoft Excel pour enregistrer l'information quantitative afin de permettre l'arrangement en tableaux et en diagrammes.

Tout au long de l'analyse, les données ont été comparées aux données de l'analyse de l'environnement menée en 2000. De plus, les données ont été analysées pour y trouver des thèmes provinciaux qui diffèrent des thèmes de la région de l'Atlantique.

ANNEXE TROIS : OUTILS POUR LA COLLECTE DE DONNÉES

GUIDE D'ENTREVUES DE L'ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT POUR LES INFORMATEURS CLÉS

But

Le but des entrevues est d'évaluer les opinions émises par les intervenants relativement :

- à la prévalence de l'usage des drogues injectables et à sa répartition;
- au profil des utilisateurs de drogues injectables, y compris l'état de santé, l'âge, les comportements à risque, les connaissances sur la situation, les types de drogues utilisés;
- à l'impact des déterminants de la santé et des iniquités sociales sur l'usage de drogues injectables; et
- à cerner les programmes et les initiatives continus qui desservent les utilisateurs de drogues injectables.

Processus

Les candidats ciblés pour les entrevues seront contactés en premier lieu par courriel pour requérir leur participation à une entrevue téléphonique de 60 minutes. Les candidats qui indiquent leur volonté de participer à l'entrevue pourront convenir d'un moment opportun pour celle-ci et recevront une copie des questions par voie électronique. On remerciera les personnes qui ne désirent pas participer aux entrevues et aucun autre contact ne sera fait. Les candidats qui n'ont pu être rejoints par courriel la première fois seront contactés à nouveau durant la semaine. Une tentative sera également faite pour les rejoindre par téléphone. Toutes les entrevues seront faites par téléphone. Des notes et des observations de post-entrevue seront compilées par l'intervieweur dans les 30 minutes suivant chaque entrevue. Les réponses aux entrevues ne seront pas directement attribuées à des répondants en particulier, dans aucune communication des données. Quoique l'échantillon soit restreint, tous les efforts seront faits pour que les citations de l'échantillon utilisées à titre d'illustration dans le rapport final n'identifient aucun répondant en particulier. Le texte pour guider la personne responsable de l'entrevue est en italique. Les questions qui seront posées aux participants sont en caractères gras. Les instructions pour les intervieweurs sont en lettres majuscules.

Introduction

Bonjour, je m'appelle <nom de la personne qui fait l'entrevue>. Je vous remercie d'avoir accepté de participer à une entrevue sur l'utilisation des drogues injectables au Canada atlantique. Ces entrevues font partie d'un projet coordonné par l'Agence de santé publique du Canada pour nous permettre de mieux comprendre les questions relatives à l'injection des drogues dans la région de l'Atlantique. Dans le cadre de ce projet, nous

allons faire des entrevues avec des personnes d'un peu partout dans la région. Ces personnes oeuvrent, comme membre du personnel ou bénévole, au sein de programmes ou de projets qui font intervenir les utilisateurs de drogues injectables. L'information que nous recueillons aidera les gouvernements et les organismes communautaires dans l'établissement des priorités futures en ce qui a trait aux services et aux programmes pour les utilisateurs de drogues injectables.

Pour ce projet, nous interrogerons environ 50 personnes qui travaillent auprès des utilisateurs de drogues injectables. Nous parlerons aussi avec un certain nombre d'utilisateurs de drogues injectables. Les réponses provenant de TOUTES les entrevues seront combinées dans un rapport qui traitera de l'usage de drogues injectables au Canada atlantique, alors vos commentaires durant la présente entrevue ne seront, en aucune façon, associés à votre nom. Les noms des personnes qui ont participé aux entrevues ainsi que les organismes dont elles font partie seront présentés en annexe dans le rapport, mais aucun commentaire ne sera associé à une personne en particulier. Avant de commencer l'entrevue, y a-t-il des questions que vous aimeriez me poser?

Questions de l'entrevue

J'aimerais commencer l'entrevue en vous demandant le type de travail que vous faites dans le secteur lié à l'usage de drogues injectables. À l'occasion, j'utiliserai le mot «collectivité». Lorsque je dis le mot «collectivité», j'entends la collectivité des gens avec qui vous travaillez.

1. Quel est votre rôle en ce qui a trait à l'usage des drogues injectables?
2. Pouvez-vous me décrire la collectivité qui est desservie par le travail que fait votre organisme?

   PRÉCISION : Votre organisme dessert peut-être une population en particulier, par exemple, les femmes, ou il est défini par une localisation géographique.
3. Dans quel genre de milieu se fait votre travail avec les utilisateurs de drogues injectables?

   PRÉCISION : Des exemples de milieu sont : établissement correctionnel, programme d'extension, clinique communautaire, programme d'échange de seringues, organisme communautaire s'occupant du VIH ou de l'hépatite, service de toxicomanie externe, centre de traitement/réadaptation, service de police.
4. Dans le cadre de ce projet, nous tentons de dresser l'inventaire des services et des programmes liés à l'usage de drogues injectables. Afin de mieux organiser l'inventaire, nous avons identifié quatre catégories différentes. Je vais vous lire les quatre catégories et vous demander quelle catégorie décrit le mieux le type de travail que fait votre organisme en ce qui à trait à l'usage de drogues injectables. Vous trouverez peut-être que votre travail touche plus d'une catégorie, ce qui est parfait.

   Prévention primaire : Les initiatives de prévention primaire portent principalement sur la prévention de l'utilisation des drogues injectables avant que les consommateurs commencent à s'injecter. Des exemples d'initiatives de prévention primaire sont : des

programmes offerts dans les écoles pour prévenir la toxicomanie ou des initiatives dans des clubs de santé pour accroître la sensibilisation sur l'injection de stéroïdes.

Projets d'approche communautaire : Les projets d'approche communautaire comprennent des activités conçues pour entrer en contact avec les utilisateurs de drogues injectables et réduire les méfaits associés à l'usage de drogues, à l'injection et au partage ou à la réutilisation des seringues. Des exemples d'initiatives d'approche communautaire sont : des programmes d'échange de seringues, des programmes de sensibilisation et de soutien pour réduire les méfaits associés à la réutilisation des aiguilles et du matériel ou du soutien social, comme offrir l'accès à du logement sûr.

Services de traitement de la toxicomanie : Les services de traitement de la toxicomanie varient grandement et peuvent comprendre les services d'évaluation, les programmes en établissement, les programmes de jour, les services de prise en charge du sevrage ou les programmes de traitement de substitution d'opiacés.

Services de santé pour les utilisateurs de drogues injectables : Les utilisateurs de drogues injectables qui sont atteints du VIH et/ou du VHC accèdent aux traitements médicaux par le biais des fournisseurs de soins de santé primaires, comme un médecin de famille, ou par les services de traitement spécialisés.

Lesquelles de ces catégories décrivent le mieux le travail que fait votre organisme en ce qui à trait à l'usage de drogues injectables? COCHEZ TOUTES LES RÉPONSES PERTINENTES.

_____ Prévention primaire

_____ Approche communautaire

_____ Services de traitement de la toxicomanie

_____ Services de santé pour les utilisateurs de drogues injectables

_____ Aucun des services mentionnés ci-dessus. DEMANDEZ AU RÉPONDANT D'EXPLIQUER POURQUOI :

PRÉCISION : Nous nous intéressons à des détails précis sur les programmes et les projets que vous et votre organisme avez en place pour répondre aux besoins des utilisateurs de drogues injectables. Vous pouvez inclure vos programmes ou vos projets qui touchent une collectivité plus grande que les utilisateurs de drogues injectables, si ces programmes profitent aux utilisateurs de drogues injectables.

5. Pourriez-vous me dire, pour chacun de vos programmes ou projets, le nom du programme ou du projet, et me donner une courte description du but et de la population cible? Nous aimerions également savoir le nombre approximatif d'utilisateurs de drogues injectables qui ont profité de ce programme l'an dernier.

Nom du projet/Programme	But et population desservie	Catégorie (prévention primaire, approche communautaire, traitement de la toxicomanie, services de santé)	Nombre approximatif d'UDI ayant reçu des services l'an dernier

6. Dans votre collectivité, quels autres groupes ou organismes font du travail lié à l'usage de drogues injectables?

   POUR CHAQUE PROGRAMME MENTIONNÉ, DEMANDEZ LE NOM D'UNE PERSONNE-RESSOURCE ET LE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ET/OU L'ADRESSE COURRIEL, SI DISPONIBLE. UTILISEZ LE VERSO DE CETTE PAGE SI VOUS AVEZ BESOIN D'AUTRE ESPACE.

Nom de l'organisme	Personne-ressource	Téléphone/Courriel

7. D'après vous, quels autres programmes sont nécessaires pour lutter contre l'utilisation de drogues injectables dans votre collectivité?
8. D'après vous, quels programmes ont connu le plus de succès auprès des utilisateurs de drogues injectables dans votre collectivité?

   PRÉCISION : Par exemple, le counseling par les pairs, les programmes d'extension ou les programmes précis sur le traitement de la toxicomanie.

9. Comme vous le savez, certains programmes fonctionnent mieux que d'autres. D'après vous, quels programmes ou activités ont été moins réussis auprès des utilisateurs de drogues injectables de votre collectivité?

J'aimerais connaître votre opinion sur les tendances actuelles associées à l'utilisation de drogues injectables dans votre collectivité. Rappelez-vous, lorsque je dis collectivité, j'entends la collectivité de personnes avec laquelle vous travaillez.

10. Lorsque vous réfléchissez à l'usage de drogues injectables dans votre collectivité, qu'y a-t-il eu de nouveau depuis les quatre ou cinq dernières années?

    PRÉCISION : Par exemple, des changements dans le nombre d'utilisateurs de drogues injectables, dans les groupes d'âge des utilisateurs de drogues injectables, les types de drogues utilisées, les lieux d'injection, le nombre de services d'échange de seringues.

11. Dans votre collectivité, à combien estimez-vous le nombre d'utilisateurs de drogues injectables?

12. Quelle information avez-vous utilisée pour calculer le nombre approximatif d'utilisateurs de drogues injectables dans votre collectivité?

PRÉCISION : Des exemples de types d'information que les gens pourraient utiliser pour calculer un nombre approximatif pourraient être : le nombre de seringues distribuées dans un programme d'échange de seringues, le nombre de personnes qui fait appel à un programme de traitement de la toxicomanie ou le nombre d'arrestations associées aux stupéfiants.

Nous tentons de dresser un profil des utilisateurs de drogues au Canada atlantique qui comprend des informations comme le sexe, les types de drogues utilisées, etc.

13. Selon vous, quels types de drogues injectables les gens utilisent-ils dans votre collectivité?

14. Quelles sont, d'après vous, les trois drogues injectables les plus populaires dans votre collectivité?

1. _____
2. _____
3. _____

15. Je vais vous lire une liste de lieux où les gens s'injectent des drogues. Pour chaque endroit, veuillez m'indiquer par 'oui' ou par 'non' si les gens de votre collectivité s'injectent dans ces endroits. Si vous n'êtes pas certain quant à l'un ou l'autre de ces lieux, n'hésitez pas à dire 'pas certain'.

Lieux	Oui	Non	Pas certain
Rues			
Résidence privée			
Fêtes privées			
Bars/brasseries/clubs			
Piqueries			
Fumeries de crack			
Établissements correctionnels			
Centres de désintoxication/traitement des dépendances			
Écoles publiques			
Collèges communautaires/universités			
Autres lieux, veuillez préciser :			

16. D'après vous, parmi tous les endroits où les gens s'injectent des drogues, quels seraient les trois endroits les plus populaires dans votre collectivité?

1. _____
2. _____
3. _____

17. (a) Existe-t-il dans votre collectivité des différences dans l'utilisation des drogues injectables entre les hommes et les femmes?
PRÉCISION : Les différences peuvent inclure des choses comme les types de drogues utilisées, les comportements en matière de consommation de drogues, le nombre total - peut-être plus de gens d'un sexe que de l'autre.

(b) La recherche sur les différences dans le comportement lié à l'injection de drogues entre les hommes et les femmes révèle que certaines femmes se font injecter par leur partenaire, contre leur gré. D'après vous, est-ce un problème pour les femmes UDI de votre collectivité?

18. J'aimerais vous lire une série de groupes d'âge. Une fois que je vous les aurai lus, je vous demanderai quels trois groupes d'âge sont les plus fréquents chez les utilisateurs de drogues injectables de votre collectivité. LIRE LA LISTE DES GROUPES D'ÂGE CI-DESSOUS.

(a) Selon vous, dans quel groupe d'âge se trouve la plus grande proportion d'utilisateurs de drogues injectables de votre collectivité?
ÉCRIRE 1 AU GROUPE D'ÂGE CHOISI OU ÉCRIRE PAS CERTAIN.

_____ 17 ans ou moins
_____ 18-24 ans
_____ 25-34 ans
_____ 35-44 ans
_____ 45-54 ans
_____ 55-64 ans
_____ 65 ans ou plus

(b) Quel groupe d'âge serait au deuxième rang pour les groupes d'âge les plus fréquents des utilisateurs de drogues injectables de votre collectivité?
ÉCRIRE 2 AU GROUPE D'ÂGE CHOISI OU ENCERCLER PAS CERTAIN ICI : PAR CERTAIN

(c) Quel groupe d'âge serait au troisième rang pour les groupes d'âge les plus fréquents des utilisateurs de drogues injectables de votre collectivité?
ÉCRIRE 3 AU GROUPE D'ÂGE CHOISI OU ENCERCLER PAS CERTAIN ICI : PAS CERTAIN.

19. D'après vous, existe-t-il dans votre collectivité des différences dans l'utilisation des injectables entre les gens de différents âges?
PRÉCISION : Des exemples de tendances pourraient être les types de drogues utilisées, les lieux d'injection ou les lieux où les gens achètent la drogue.

20. Dans votre collectivité, y a-t-il des tendances ou des modes liées à l'âge des utilisateurs de drogues injectables?
PRÉCISION : Des exemples de tendances pourraient être des changements dans l'âge au moment de la première injection ou les tendances liées à l'âge dans l'utilisation des services comme l'échange de seringues.

21. Savez-vous s'il existe des différences dans l'utilisation des drogues injectables liées à l'origine ethnique ou culturelle? Si oui, pourriez-vous décrire ces différences?

22. D'après vous, existe-t-il des différences dans l'utilisation de drogues injectables entre les milieux urbains et ruraux?

PRÉCISION : Par exemple, les drogues préférées ou les lieux d'injection sont-ils différents en milieu rural et en milieu urbain?

Nous tentons, dans le cadre de ce projet, de mieux comprendre certaines activités des UDI du Canada atlantique susceptibles de présenter un risque. Je vais maintenant vous lire une liste d'activités associées à l'usage de drogues injectables.

23. Pour chaque activité que je vous mentionne, veuillez estimer le pourcentage d'utilisateurs de drogues injectables de votre collectivité qui, selon vous, exercent ces activités à risque. Pour cette question, nous utilisons les pourcentages suivants 0 %, 25 %, 50 %, 75 % et 100 %. Si vous n'êtes pas certain du pourcentage d'utilisateurs de drogues injectables de votre collectivité qui exercent telle ou telle activité, indiquez simplement «aucune idée».

ACTIVITÉS : Quel pourcentage d'UDI de votre collectivité exerce ces activités :	Aucune idée	0 %	25 %	50 %	75 %	100 %
Partage de seringues usagées						
Partage de seringues nettoyées à l'eau de Javel						
Utilise toujours une nouvelle seringue						
Partage les cuillères, les filtres, l'eau, le matériel pour renifler, etc.						
Front ou back loading, rincer, diviser, partager (transfert d'une partie de la drogue en solution d'une seringue à une autre en retirant le piston ou l'aiguille de la seringue d'une autre personne)						
Booting (aspiration du sang dans la seringue et l'injection de la solution une ou plusieurs fois)						
Pratiques sexuelles risquées avec des partenaires réguliers						
Pratiques sexuelles risquées avec des partenaires occasionnels						
Pratiques sexuelles risquées avec des clients ou des travailleurs de l'industrie du sexe						
Participe à l'industrie du sexe						
Subi un test de dépistage VIH						
Subi un test de dépistage de l'hépatite B						
Subi un test de dépistage de l'hépatite C						

24. (a) Y a-t-il d'autre chose que vous aimeriez ajouter sur les comportements à risque liés à l'injection des drogues ou aux pratiques sexuelles des utilisateurs de drogues injectables de votre collectivité?

(b) Que pourriez-vous nous dire sur les comportements à risque au sein des ménages, par exemple le partage d'un rasoir?

25. (a) Selon vous, quel pourcentage de gens de votre collectivité consomme de la cocaïne/crack?

(b) Quelle proportion de gens de votre collectivité qui consomme de la cocaïne/crack utilisent également les drogues injectables?

26. Pouvez-vous nous parler des pratiques sûres dans votre collectivité?

Nous aimerions connaître la proportion d'utilisateurs de drogues injectables qui désirent participer à un test de dépistage du VIH, de l'hépatite B et C.

27. Quel pourcentage approximatif d'utilisateurs de drogues injectables avec lesquels vous travaillez vous ont

(a) révélé avoir participé à un test de dépistage du VIH : _____
(b) révélé avoir participé à un test de dépistage de l'hépatite B : _____
(c) révélé avoir participé à un test de dépistage de l'hépatite C: _____
(d) révélé n'avoir jamais participé à un test de dépistage _____
(e) ne vous a pas révélé si oui ou non ils ont participé à un test de dépistage _____

Un des objectifs du présent projet est d'examiner la relation entre les iniquités socioéconomiques et l'utilisation de drogues injectables au Canada atlantique. L'exclusion sociale et économique peut se manifester lorsque les gens n'ont pas – ne peuvent pas obtenir – accès à l'éducation, un emploi, un logement décent, des soins de santé et d'autres éléments nécessaires pour mener une vie confortable, prendre leur place dans la société et se sentir valorisés et respectés au sein de leur collectivité. L'exclusion sociale et économique crée l'iniquité. L'iniquité est le résultat d'une situation inéquitable ou injuste. L'écart entre les riches et les pauvres, l'accès limité au logement et à l'éducation et un faible soutien social en sont des exemples. Les iniquités peuvent être liées au sexe, à la race, au revenu, aux ressources matérielles et à d'autres facteurs sociaux et économiques. L'iniquité a un impact sur tous les facteurs qui contribuent à l'état de santé, bon ou mauvais, des personnes et des collectivités. J'aimerais que vous réfléchissiez aux utilisateurs de drogues injectables dans votre collectivité. Que savez-vous de leurs conditions de vie, par exemple, l'endroit où ils habitent, s'ils travaillent et à quel endroit, leur formation scolaire et leur situation familiale?

28. Quels sont, croyez-vous, les obstacles qui ont un impact sur les utilisateurs de drogues injectables de votre collectivité? Autrement dit, à quelles iniquités sociales et économiques sont-ils confrontés?

PRÉCISION : Des obstacles peuvent être liés au logement, à l'emploi ou à la discrimination.

29. Enfin, nous aimerions étudier les rapports ou les autres documents qui traitent de l'usage de drogues injectables au Canada atlantique publiés depuis 2000. Êtes-vous au courant de rapports ou de documents? Comment pourrions-nous nous en procurer une copie?
OBTENEZ LE TITRE DES DOCUMENTS, L'AUTEUR, SI DISPONIBLE, ET LA SOURCE. VEUILLEZ LES NOTER AU VERSO DE CETTE PAGE.

30. Avant de terminer cette entrevue, y a-t-il autre chose que vous aimeriez ajouter sur l'utilisation des drogues injectables au Canada atlantique qui pourrait nous être profitable dans le cadre de ce projet?

Je vous remercie pour votre temps et pour avoir partagé votre expérience et votre expertise avec nous. Comme je l'ai mentionné au début de l'entrevue, toutes les données que nous recueillons lors des entrevues serviront à la rédaction d'un rapport qui présentera le portrait actuel de l'usage de drogues injectables au Canada atlantique. Le rapport sera disponible plus tard cette année par le biais de l'Agence de santé publique du Canada. Encore une fois, merci pour votre temps.

QUESTIONNAIRE À L'INTENTION DES UTILISATEURS DE DROGUES INJECTABLES

But

Le but des entrevues est d'évaluer les opinions émises par les répondants relativement :

- à la prévalence de l'usage des drogues injectables et à sa répartition;
- au profil des utilisateurs de drogues injectables, y compris l'état de santé, l'âge, les comportements à risque, les connaissances sur la situation, les types de drogues utilisés;
- à l'impact des déterminants de la santé et des iniquités sociales sur l'usage de drogues injectables; et
- à cerner les programmes et les initiatives continus qui desservent les utilisateurs de drogues injectables.

Processus

Les organismes communautaires ayant travaillé avec les utilisateurs de drogues injectables recruteront et interviewveront des utilisateurs de drogues injectables. Un honoraire de 25 $ sera offert aux personnes interrogées pour les remercier d'avoir participé au projet.
Les personnes responsables des entrevues participeront à une conférence téléphonique avec les consultants pour assurer une uniformité dans l'approche de collecte de données et dans la prise de notes.
La personne responsable de l'entrevue devra prendre des notes détaillées durant l'entrevue et compiler ses notes et ses observations dans les trente minutes suivant chaque l'entrevue. Les entrevues ne seront pas enregistrées.
Dans aucun rapport des données, les réponses des participants ne seront pas attribuées directement à des personnes en particulier.

Information sur la personne responsable de l'entrevue
Nom : _____
Numéro de téléphone : _____Courriel : _____

Information sur le répondant
Ville, village ou communauté : _____
Province : _____
Date de l'entrevue : _____
Sexe du répondant : _____ Âge du répondant : _____

Introduction

Les points que le responsable de l'entrevue doit mentionner dès le début de l'entrevue :

- L'entrevue fait partie d'un projet sur l'usage de drogues injectables au Canada atlantique.
- Le projet est coordonné par l'Agence de santé publique du Canada.

- Dans le cadre de ce projet, nous interviewons des utilisateurs de drogues injectables et des personnes qui travaillent au sein de programmes destinés aux utilisateurs de drogues injectables.
- L'information que nous recueillons aidera les gouvernements et les organismes communautaires dans l'établissement des priorités futures en ce qui a trait aux services et aux programmes pour les utilisateurs de drogues injectables.
- Les réponses provenant de TOUTES les entrevues seront combinées dans un rapport qui traitera de l'usage de drogues injectables au Canada atlantique.
- Vos commentaires durant la présente entrevue ne seront, en aucune façon, associés à votre nom. Il se peut que des citations soient inclues dans le rapport, mais aucun commentaire ne sera lié à une personne en particulier.
- S'il y a des questions auxquelles vous ne voulez pas répondre, n'hésitez pas à me le dire. Vous êtes également libre de mettre fin à l'entrevue à n'importe quel moment.
- Avant de commencer l'entrevue, y a-t-il des questions que vous aimeriez me poser?

Questions des entrevues

1. Au cours des dernières années, qu'y a-t-il eu de nouveau dans l'utilisation de drogues injectables dans votre collectivité?

   PRÉCISION : Par exemple, des changements dans le nombre d'utilisateurs de drogues injectables, dans les groupes d'âge des utilisateurs de drogues injectables, les types de drogues utilisées, les lieux d'injection, le nombre de services d'échange de seringues, si c'est plus facile ou non de se procurer de la drogue ou des seringues.

2. À l'heure actuelle, quels types de drogues injectables trouve-t-on dans votre collectivité?

3. Selon vous, quels sont les trois principaux types de drogues injectables qu'on retrouve dans votre collectivité?

4. Quels sont les endroits les plus souvent utilisés dans votre collectivité pour l'injection de drogues?

5. Quels sont les moyens les plus souvent utilisés dans votre collectivité pour obtenir des drogues?
   PRÉCISION : Ils l'achètent, échangent le sexe contre la drogue, sont impliqués dans des crimes.

6. Où les gens de votre collectivité se procurent-ils le plus souvent les seringues pour s'injecter?

7. Y a-t-il des différences dans l'utilisation de drogues injectables entre les femmes et les hommes? Utilisent-ils les mêmes lieux pour l'injection de drogues? Les mêmes parties du corps? Y a-t-il d'autres différences entre les utilisateurs masculins et féminins?

PRÉCISION : Par exemple, les types de drogues utilisées, les différences dans le nombre d'hommes et de femmes qui s'injectent des drogues ou des enjeux qui touchent les femmes en particulier, par exemple, recevoir une injection administrée par leur partenaire.

8. (a) D'après vous, dans quel groupe d'âge se situent les utilisateurs de drogues injectables de votre collectivité? (b) Quel serait la moyenne d'âge des utilisateurs de drogues injectables de votre collectivité?

9. Y a-t-il des différences entre les utilisateurs de drogues injectables plus âgés et plus jeunes? Est-ce que les moyens utilisés par les utilisateurs de drogues injectables diffèrent entre les UDI plus âgés et plus jeunes? Utilisent-ils différents lieux d'injection, différentes parties du corps?
   PRÉCISION : Par exemple, les types de drogues utilisées ou la fréquence de consommation.

10. Avez-vous noté des différences dans l'usage de drogues injectables dans les villes comparativement aux plus petites communautés?
    PRÉCISION : Par exemple, les drogues qui sont disponibles et les lieux d'injection sont-ils différents dans les petites communautés et les villes?

11. Pensez-vous que les gens de votre collectivité sont conscients des risques associés à : (le répondant doit encercler oui ou non)

a.	VIH	Oui	Non
b.	Hépatite B	Oui	Non
c.	Hépatite C	Oui	Non

12. Que pourriez-vous me dire sur les pratiques d'injection à risque que l'on retrouve dans votre collectivité?

13. Que pourriez-vous me dire sur les comportements sexuels à risque que l'on retrouve dans votre collectivité?

14. Êtes-vous au courant de toute autre activité que l'on retrouve dans votre collectivité qui présente un risque de transmission du VIH ou de l'hépatite B ou C?

15. Si vous donniez une recommandation au gouvernement pour répondre aux besoins des utilisateurs de drogues injectables, quelle serait cette recommandation?

Merci pour votre temps et pour avoir partagé votre expérience avec nous.

ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT SUR L'UTILISATION DES DROGUES INJECTABLES AU CANADA ATLANTIQUE
ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE PROVINCIALE

Prière de retourner avant le 6 mai 2005 par télécopieur au (902) 866-0699
Vous pouvez obtenir une copie électronique de ce document en faisant une demande par courriel à iduscan@pmcs.ca

1. Votre nom : _____ Titre : _____

2. Ministère : _____ Tél. : _____ Téléc. : _____

3. (a) Statistiques et Surveillance: Cas de VIH/sida à ce jour

Période de référence : du : _____/_____ (mois/année) au: ____/____ (mois/année)

Nombre total de cas de VIH/sida à ce jour *	Nombre de cas	% total
Sexe :		
Homme		
Femme		
Non spécifié		
Facteurs de risque :		
Historique sur l'UDI		
Non spécifié		
*Veuillez inclure les cas de VIH et de sida, en retirant les cas en double lorsque c'est possible		

(b) Historique sur l'utilisation des drogues par injection comme facteur de risque, par année du diagnostic de VIH/sida.

Année du diagnostic de VIH/sida	Nombre de cas liés à l'UDI	% total des cas diagnostiqués par année
Avant 1990		
1990		
1991		
1992		
1993		
1994		
1995		
1996		
1997		
1998		
1999		
2000		
2001		
2002		
2003		
2004		
2005 (de : _____ préciser le mois)		

4. Avez-vous des commentaires sur les tendances ou les modes dans l'épidémiologie du VIH/sida chez les utilisateurs de drogues injectables de votre province?

_____

_____

_____

5.(a) Statistiques et Surveillance : Cas d'hépatite B à ce jour
Période de référence : du : _____/_____ (mois/année) au : _____/_____ (mois/année)

Nombre total de cas d'hépatite B à ce jour *	Nombre de cas	% total
Sexe :		
Homme		
Femme		
Non spécifié		
Facteurs de risque :		

Historique sur l'UDI		
Non spécifié		

(b) Historique sur l'utilisation des drogues par injection comme facteur de risque, par année du diagnostic de l'hépatite B.

Année du diagnostic de l'hépatite B	Nombre de cas liés à l'UDI	% total des cas diagnostiqués par année
Avant 1990		
1990		
1991		
1992		
1993		
1994		
1995		
1996		
1997		
1998		
1999		
2000		
2001		
2002		
2003		
2004		
2005 (de : ___ préciser le mois)		

6. Avez-vous des commentaires sur les tendances ou les modes dans l'épidémiologie de l'hépatite B chez les utilisateurs de drogues injectables de votre province?

_____

_____

_____

7.(a) Statistiques et Surveillance: Cas d'hépatite C à ce jour
Période de référence : du : _____/_____ (mois/année) au : _____/_____ (mois/année)

Nombre total de cas d'hépatite C à ce jour *	Nombre de cas	% total
Sexe :		
Homme		
Femme		
Non spécifié		
Facteurs de risque :		
Historique de l'UDI		
Non spécifié		

(b) Historique sur l'utilisation des drogues par injection comme facteur de risque, par année du diagnostic de l'hépatite C.

Année du diagnostic de l'hépatite C	Nombre de cas liés à l'UDI	% total des cas diagnostiqués par année
Avant 1990		
1990		
1991		
1992		
1993		
1994		
1995		
1996		
1997		
1998		
1999		
2000		
2001		
2002		
2003		
2004		
2005 (à :_____ préciser le mois)		

Avez-vous des commentaires sur les tendances ou les modes dans l'épidémiologie de l'hépatite C chez les utilisateurs de drogues injectables de votre province?

_____

_____

9. Répartition selon l'âge des cas de VIH/sida, d'hépatite B, et d'hépatite C avec l'utilisation des drogues injectables comme facteur de risque :

Groupe d'âge au diagnostic (UDI comme facteur de risque) :	Nombre de cas de VIH/sida	Nombre de cas d'hépatite B	Nombre de cas d'hépatite C
< de 15 ans			
15 - 19 ans			
20 - 29 ans			
30 - 39 ans			
40 - 49 ans			
50 - 59 ans			
60 ans et +			
Non spécifié			
TOTAL DES CAS			

10. Y a-t-il autre chose que vous aimeriez ajouter sur la prévalence de l'infection par le VIH, l'hépatite B et C ou d'autres maladies transmissibles (p. ex., la tuberculose) chez les utilisateurs de drogues injectables de votre province?

Historique provincial des décès par surdose, par année

Année du diagnostic	Nombre de cas avec un historique d'UDI	% total de cas diagnostiqués par année
Avant 1990		
1990		
1991		
1992		
1993		
1994		
1995		
1996		
1997		
1998		
1999		
2000		

2001		
2002		
2003		
2004		
2005 (à : _____ préciser le mois)		

12. Le rapport final de l'analyse de l'environnement comprendra une liste des projets de recherche, des rapports et des autres documents récents sur l'usage de drogues par injection au Canada atlantique. Veuillez nous faire part ci-dessous de tous les documents ou rapports qui contribuent à mieux comprendre les enjeux liés à l'utilisation de drogues injectables et aux maladies transmissibles (p. ex., VIH/sida, hépatite B, hépatite C) dans votre province.

Titre du document : Auteur/Organisme : Comment l'obtenir :

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

13. Avez-vous d'autres commentaires?

_____

_____

_____

_____

Prière de retourner ce questionnaire par télécopieur avant le 30 avril 2005 au (902) 866-0699.
Merci pour votre temps et votre collaboration!

ANNEXE QUATRE : INFORMATEURS CLÉS

Bea Arsenault, Mainline Needle Exchange, Halifax, Nouvelle-Écosse

Claudette Arsenault, Services de toxicomanie, Nouveau-Brunswick

Kim Baldwin, Addictions and Mental Health, Ministère de la Santé et des Services communautaires, St. John's, Terre-Neuve-et-Labrador

Larry Baxter, AIDS Coalition of Cape Breton, Halifax, Nouvelle-Écosse

Trish Chevrie, Prince Edward Island Legal Aid, Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard

Cindy Coles, Hepatitis Outreach Society, Sydney, Nouvelle-Écosse

Preseley Connelly, Injection Steroid Project, AIDS Coalition of Cape Breton, Sydney, Nouvelle-Écosse

Carolyn Davison, Prevention and Treatment Services, Department of Health Promotion and Protection, Halifax, Nouvelle-Écosse

Julie Dingwell, AIDS Saint John, Saint John, Nouveau-Brunswick

Margaret Dykeman, Community Health Clinic, Fredericton, Nouveau-Brunswick

Val Elson, Addictions Services, Grand Falls, Terre-Neuve-et-Labrador

Mahnaz Farhang-Mehr, Communicable Disease Prevention, Department of Health, Halifax, Nouvelle-Écosse

Haley Flaro, AIDS New Brunswick, Fredericton, Nouveau-Brunswick

Monique Fong, Healing Our Nations, Dartmouth, Nouvelle-Écosse

Barb Gibson, AIDS PEI, Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard

Allan Greene, Murphy's Pharmacies, Parkdale, Île-du-Prince-Édouard

Carolyn Hapgood, C Step Program, John Howard Society of Newfoundland and Labrador, St. John's, Terre-Neuve-et-Labrador

Nancy Hicks, Ridgewood Addiction Services, Atlantic Health Sciences Centre, Saint John, Nouveau-Brunswick

Geri Hirsch, Hepatology Services, Capital District Health Authority, Halifax, Nouvelle-Écosse

Dr. Lois Jackson, Dalhousie University, Halifax, Nouvelle-Écosse

Blair Kasouf, Addiction Services, Sydney, Nouvelle-Écosse

Sarah Kinney, Youth H.O.P.E. Program, John Howard Society of Greater Moncton, Moncton, Nouveau-Brunswick

Barb Lacey, Addictions and Mental Health, Western Hospital, Alberton, Île-du-Prince-Édouard

Bonnie Lambert, Ridgewood Addiction Services, Atlantic Health Sciences Centre, Saint John, Nouveau-Brunswick

Wanda Livingston, Safe Haven Program, Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard

Valerie MacCallum, John Howard Society, Fredericton, Nouveau-Brunswick

Cindy MacIsaac, Direction 180, Halifax, Nouvelle-Écosse

Jeannine MacNeil, Stepping Stone, Halifax, Nouvelle-Écosse

Maryann MacNeil, Drug Awareness Coordinator, RCMP New Brunswick Division, Fredericton, Nouveau-Brunswick

Marvin McNutt, Department of Justice, St. John's, Terre-Neuve-et-Labrador

Patti Melanson, Phoenix Youth, Halifax, Nouvelle-Écosse

Jeff Mitchell, West-Bridge House, Société John Howard, Stephenville, Terre-Neuve-et-Labrador

Anne Morton, Addiction Services, South West Health, Lunenburg, Nouvelle-Écosse

Gail Parnum, Waterford Hospital, HealthCare Corporations of St. John's, St. John's, Terre-Neuve-et-Labrador

Dr Tom Payette, Addiction Prevention and Treatment Services, Dartmouth, Nouvelle-Écosse

Odette LeBlanc-Pellerin, Services cliniques, Service correctionnel du Canada, Dorchester, Nouveau-Brunswick

Dr Kevork Peltekian, Services d'hépatologie, Queen Elizabeth II Health Sciences Centre, Halifax, Nouvelle-Écosse

Philip Penrod, programme Reconnect du YMCA, Moncton, Nouveau-Brunswick

Robert Pike, Her Majesty's Penitentiary, St. John's, Terre-Neuve-et-Labrador

Christine Porter, AIDS Coalition of Cape Breton, Sydney, Nouvelle-Écosse

Maria Richard, ministère de la Santé et du Mieux-être, Moncton, Nouveau-Brunswick

Lori Sanderson, Ministry of Health, Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard

Margo Savoy, Services de toxicomanie, Société John Howard, Saint John, Nouveau-Brunswick

Kari Sparks, Health Clinic, AIDS Committee of Newfoundland and Labrador, St. John's, Terre-Neuve-et-Labrador

Michelle Steele, Offender Health Services, Dartmouth, Nouvelle-Écosse

Dr Robert Strang, Capital Health, Halifax, Nouvelle-Écosse

Walter Vessey, Section antidrogue de la GRC, Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard

Tree Walsh, AIDS Committee of Newfoundland and Labrador, Terre-Neuve-et-Labrador

BIBLIOGRAPHIE

Adler Group, *Hepatitis C –Intervention Programming for Youth at Risk: Final Consolidated Report*, 2004.

Agence de santé publique du Canada, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida – 2005*, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses.

_____, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida – mai 2005, Comportements à risque chez les utilisateurs*, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses.

_____, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida – mai 2005, Déclaration de l'origine ethnique des cas de sida et d'infection à VIH au Canada : les communautés autochtones et noires requièrent plus d'attention*, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses.

_____, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida – mai 2005, L'infection à VIH et le sida chez les femmes au Canada*, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses.

_____, *Épidémiologie, évolution naturelle, et traitement du VIH.* www.phac-aspc.gc.ca/hepc/hepatitis_c/pdf/careGuideMgmt/inro.html

_____, *L'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada : Renforcer l'intervention fédérale dans la réponse du Canada au VIH/sida*, Travaux publics et Services gouvernementaux, Ottawa, 2004.

AIDS Coalition of Cape Breton, *Injection Steroid Study Report*, 2005. www.accb.ns.ca/isp.htm

AIDS PEI, *Implementing needle exchange programs in rural areas: A best practices report*, 2004.

ARK Youth Outreach et Halifax Regional Municipality, *The Drugs are Here. What are You Going to Do About It? An assessment of crystal meth and other drug use among street-involved youth in Halifax, NS*, données provenant d'une étude à venir, 2005.

Association canadienne de santé publique, *Ensemble nous pouvons jouer un rôle de premier plan : Plan d'action sur le VIH/sida pour l'ensemble du Canada (2005-2010)*, Ottawa, 2005.

Campbell, J., *Cost benefit analysis of a methadone treatment program*, 2004.

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC): Enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues*, 2005.

_____, *Évaluer le besoin de programmes d'échange de seringues dans les prisons du Canada : analyse de situation*, 2005.

_____, *FAQ sur les programmes d'échange de seringues*, 2005.

_____, *Infection au virus de l'hépatite C (VHC) et consommation de drogues illicites*, 2005.

_____, *Le modèle de réduction des méfaits : Une approche pragmatique sur l'utilisation des drogues aux confins entre l'intolérance et l'apathie*, 1996.

Comité fédéral-provincial-territorial, *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*, 2001.

Conseil consultatif sur la condition féminime de la Nouvelle-Écosse, *Gender and HIV/AIDS, a backgrounder*, 2003.

Crofts, N., R. Louie, D. Rosenthal, et D. Jolley, "The first hit: circumstances surrounding initiation into injecting," *Addictions*, 91(8), 1996.

Elwood Martin, R., F. Gold, W. Murphy, V. Remple, J. Berkowitz et D. Money, "Drug use and risk of bloodborne infections – a survey of female prisoners in British Columbia," *La revue canadienne de santé publique*, Vol. 96, No. 2, mars-avril 2005.

Enang, J., "Black Women's Health: Health Research Relevant to Black Nova Scotians," dans Amaratunga, C. (éd.), *Race, Ethnicity and Women's Health*, Le Centre d'excellence de l'Atlantique pour la santé des femmes, Halifax, 2002.

Fischer, B., S. Brisette, S. Brochu, J. Bruneau, N. el-Guebaly, L. Noel, J. Rehm, M. Tyndall, C. Wild, P. Mun, E. Hayden et D. Baliunas, "Determinants of overdose incidents among illicit opioid users in five Canadian cities," *Journal de l'Association médicale canadienne*, 171(3), 2004.

Fletcher, D., J. Gahagan et A. Reynolds, *A co-ordinated approach to HIV and Hepatitis C research in Atlantic Canada: How do we get there? A feasibility workshop for Atlantic regional HIV and Hepatitis C social and behavioural studies unit. Final report*, 2003.

Fong, E. et K. Shibuya, "The special separation of the poor in Canadian cities," *Demography*, 37(4), 2000.

Gold, J., *Provision de services pour le VIH à des personnes qui s'injectent de la drogue : discussion sur des questions éthiques*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002.

Groupe de travail sur l'OxyContin, *OxyContin Task Force Final Report*, 2004.

Hayward, Karen et Ronald Colman, *Une vague de changement : Iniquités et maladies chroniques au Canada atlantique : Un document de travail*, préparé pour le bureau régional de l'Atlantique, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada, Halifax, 2003.

Institut de l'anémie – Recherche et éducation, Société canadienne du sida, Réseau canadien d'info-traitements sida, Canadian Harm Reduction Network, Société canadienne de l'hémophilie, Canadian Hepatitis C Network, Fondation canadienne du foie, Hepatitis C Council of BC, Société de l'Hépatite C du Canada, et Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network, *Vers une réponse à l'épidémie : Recommandations pour une Stratégie canadienne sur l'hépatite C*, 2005.

Jackson, L., D. Bailey, J. Fraser, K. Johnson, A. Currie et D. Babineau, «Safer and unsafe injection drug use and sex practices among injection drug users in Halifax, Nova Scotia», *La revue canadienne de santé publique*, 2002.

Kendall, P.R.W., "A reality-based prescription for bloodborne diseases within the corrections system," *La revue canadienne de santé publique*, 96:93-94, 2005.

Kerr, T., A. Wodak, R. Elliott, J.S. Montaner et E. Wood, "Opioid Substitution and HIV/AIDS Treatment and Prevention," *Lancet*, 364, 2004.

MacKinnon, S., *Hepatitis Outreach Society Island of Hope peer education and training project*, Agence de santé publique du Canada, 2005.

Mainline Needle Exchange, *Aboriginal injection drug users and needle exchange programs: Identifying barriers in Nova Scotia*, 2000.

_____, *An inside look into cocaine addiction, through the eyes of an addict: Mainline Needle Exchange cocaine assessment report*, 2004.

_____, *Mainline Needle Exchange Provincial Needs Assessment*, 2002.

_____, *Unsafe and Safer Practices Among Injection Drug Users in DHAs 1,2,3. Final Report of the Mainline Needle Exchange DHA Injection Drug Use Project (DIDUP)*, 2005.

Mantley, M., *Mainline Needle Exchange cocaine assessment report*, 2004.

Marshall, C., *Meeting a need and moving forward: Direction 180 Halifax: A model of best practice in methadone maintenance treatment*, Marshall Consulting and Associates, Halifax, 2003.

McAmmond, D., *Document de travail sur les soins, le traitement et le soutien à donner aux utilisateurs de drogues par injection vivant avec le VIH ou le sida*, Santé Canada, Ottawa, 1997.

Millson, P., L. Leonard, R.S. Remis, C. Strike et L. Challacombe, *Injection drug use, HIV and HCV infection in Ontario: The evidence 1992 to 2004*, 2004.

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, *Hepatitis C: surveillance report 2004*, 2005.

_____, *Plan d'activités 2004-2005*. www.gov.ns.ca/health/downloads/2004-2005%20DoH%20Business%20Plan.pdf

Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, *Enquête de 2002 sur la consommation de drogues par les élèves du Nouveau-Brunswick*, 2003 www.gnb.ca/0378/pdf/StudentDrugUseSurvey2002ENG.pdf

National Institute on Drug Abuse, *Preventing Drug Use Among Children and Adolescents*, U.S. National Institutes of Health, Rockville MD, 1997.

Nicol, A., "Drug and alcohol in Fredericton and the province of New Brunswick," *Rapport annuel 2004 du Comité pour le site de Fredericton du RCCET*, Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies, 2004.

Nowogorski, D. et N. Smith, *Islanders who inject drugs: A needs assessment on injection drug users in Prince Edward Island*, 2002.

Organisation mondiale de la Santé, "HIV in prisons: A reader with particular relevance to the newly independent states," *Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le sida dans les prisons*, Copenhagen, 2001.

Olds, D., C.R. Henderson Jr., R. Cole, J. Eckenrode, H. Kitzman, D. Luckey, L. Pettitt, K. Sidora, P. Morris et J. Powers, «Long-Term Effects of Nurse Home Visitation on Children's Criminal and Antisocial Behavior: 15-year Follow-up of a Randomized Controlled Trial,» *Journal of the American Medical Association*, Vol.280 No. 14, 1998.

Pahlke, A., S. Lord et L. Christiansen-Ruffman, *Women's Health and Wellbeing in Six Nova Scotia Fishing Communities*, Institut canadien de recherches sur les femmes et Nova Scotia Women's Fishnet, 2001. www.medicine.dal.ca/mcewh/Publications/Fishnet%20Finalreport.pdf

Patton, Michael Quinn, *Qualitative evaluation and research methods* (2nd ed.), Sage, Newbury Park, 1990.

Ploem, C., *Anonymous HIV testing: New Brunswick provincial correctional facilities evaluation report July 2001-June 2002*, Service correctionnel du Canada, ministère de la

Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, ministère de la Sécurité publique du Nouveau-Brunswick, 2003.

_____, *Profil de l'utilisation de drogues injectables au Canada atlantique*, préparé pour le bureau régional de l'Atlantique, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada, 2000.

Poulin, C., *Nova Scotia Student drug use 2002 technical report*, Community Health and Epidemiology, Université Dalhousie, 2002.

_____ et J. Nicholson, "Should harm minimization as an approach to adolescent substance use be embraced by junior and senior high schools? Empirical evidence from an integrated school-and-community-based demonstration intervention addressing drug use among adolescents," *International Journal of Drug Policy*, 16: 403-414, 2005.

Remis, R.S., *Rapport final. Estimation du nombre de personnes co-infectées par le virus de l'hépatite C et le virus de l'immunodéficience humaine au Canada*, Santé Canada, 2001.

_____, C. Major, C. Swantee, et coll., "HIV incidence and mortality among injection drug users in Vancouver – 1996-2000," *Journal canadien des maladies infectieuses*, 11 (Supplément B), 2001.

Réseau atlantique pour la promotion de la santé communautaire, en collaboration avec Miriam Stewart, Graham Reid. Leonard Buckles, Wayne Edgar, Colin Mangham, Neil Tilley et Susan Jackson, *Enquête sur le ressort psychologique des communautés*, préparé pour le Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance, Santé Canada, 1999.

Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies, *Envoi du RCCET*, Numéro 1, 2004.

Réseau juridique canadien VIH/sida, *2004/2005 VIH/sida et hépatite C en prison : les faits*. www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons/e-info-pa1.htm

_____, *L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales*, 2004

_____, *L'injection de drogues et le VIH/sida, Feuillet d'information 4 : L'usage de drogues et la provision de services sociaux et de santé*, 2005.

_____, *L'injection de drogues et le VIH/sida, Feuillet d'information 9 : Les programmes d'échange de seringues*, 2005.

_____, *L'injection de drogues et le VIH/sida au Canada : Les faits*, 2005.

Riley, Diane, *The Harm Reduction Model: Pragmatic Approaches to Drug Use from the Area between Intolerance and Neglect*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1993.

Roberts, Gary, Douglas McCall, Andrea Stevens-Lavigne, Jim Anderson, Angela Paglia, Sandy Bollenback, Janie Wieke et Louis Gliksman, *Prévention des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes - Un compendium des meilleures pratiques*, coordonné par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies pour le Bureau de la Stratégie canadienne antidrogue, Santé Canada, 2001.

Roman-Crossland, R., L. Forester et G. Zaniewski, «Différences dans les pratiques d'injection selon le sexe et l'hépatite C : recension systématique de la littérature», *Relevé des maladies transmissibles*, Volume 30-14, 2004.

Romanow, R., *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada. Rapport final*, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Saskatoon, 2002.

Santé Canada, *A study to characterize the epidemiology of Hepatitis C infection in Canada*, 2002.

_____, *Injection drug use and services in Ontario: An environmental scan*, région de l'Ontario, 2003.

_____, *I-Track: Surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada*, 2004.

_____, *Moyens de joindre les utilisateurs de drogues injectables au Canada*, 2000.

_____, *Prévention des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes.* www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/drugs-drogues/prevent/young-jeune_e.pdf

_____, *Profil de l'hépatite C et de l'utilisation de drogues injectables au Canada*, Programme de prévention, de soutien et de recherche concernant l'hépatite C, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, 2000.

_____, *Réduction des méfaits et utilisation des drogues injectables : étude comparative internationale des facteurs contextuels influençant l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de programmes adaptés*, 2001.

_____, *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*, 2001.

_____, *Répertoire des études portant sur l'incidence et la prévalence du VIH au Canada*, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, 2004.

_____, «Transmission du virus de l'hépatite C au sein de la population carcérale», *Relevé des maladies transmissibles*, 30(16), 2004.

_____, *Un cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada*, Ottawa, 2005.

Santé et Bien-être social Canada, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Ottawa, 1974.

Service correctionnel du Canada, *Prévention et contrôle des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens 2000-01. Résumé*, 2003. www.csc-scc.gc.ca/text/pb/ct/infectiousdiseases/3_e.shtml

_____, *Sondage national auprès des détenus – Rapport final- 1995*, Recherche et développement correctionnels, Ottawa, 1996, No. SR-02.

SIDA Nouveau-Brunswick, *Community-based needs assessment in injection drug use and related issues in Fredericton, NB*, 2005.

Single, E., *Profil sociodémographique des consommateurs de drogue au Canada*, 2000.

Société canadienne de l'hémophilie, Canadian Hepatitis C Network, Société de l'Hépatite C du Canada, *Rationale and recommendations for a Canadian Hepatitis C strategy*, ébauche, 2004.

Société canadienne du sida, *Énoncé de position sur la réduction des méfaits et VIH/sida*, 2000. www.cdnaids.ca/web/position.nsf/pages/cas

Spigelman Research Associates, *Devancer l'épidémie du VIH/sida : Le rôle du gouvernement fédéral dans la Stratégie canadienne sur le VIH/sida 1998-2008*, préparé pour le compte de Santé Canada et du Comité consultatif pour l'examen quinquennal, 2003.

Statistique Canada, *Recensement de 2001*, Ottawa, 2001.

Thomas, G., *Indicateurs de traitement des toxicomanies au Canada : survol de l'environnement*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2005.

Whynot, E., "Women who use injection drugs: the social context of risk," *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1998.

NOTES

[1] AIDS Coalition of Cape Breton, *Injection Steroid Study Report*, 2005, www.accb.ns.ca/isp.htm
[2] Fong. E. Fong et K. Shibuya, "The spacial separation of the poor in Canadian cities," *Demography*, vol. 37 n° 4, 2000, pp. 449-459.
[3] Santé Canada, *Prévention des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes*.
[4] Agence de santé publique du Canada, *Actualités en épidémiologie sur le VIH\sida – 2005*, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectueuses.
[5] Idem
[6] Données épidémiologiques sur le VIH, le VHB et le VHC pour Terre-Neuve-et-Labrador, communication personnelle avec Cathy O'Keefe, 2005.
[7] Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, *Hepatitis C: Surveillance report 2004*, 2005.
[8] Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, *Réduction des méfaits : concepts et pratiques*, 1996.
[9] Diane Riley, The Harm Reduction Model: Pragmatic Approaches to Drug Use from the Area between Intolerance and Neglect, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1993.
[10] Société canadienne du sida, Énoncé de position sur la Réduction des méfaits et VIH-sida, 2000. www.cdnaids.ca/web/position.nsf/pages/cas
[11] Caroline Ploem, *Profil de l'utilisation de drogues injectables au Canada atlantique* préparé pour le bureau régional de l'Atlantique de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada, Halifax, 2000.
[12] Agence de santé publique du Canada, *Renforcer l'intervention fédérale dans la réponse du Canada au VIH/sida : L'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada*, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Ottawa, 2004.
[13] Association canadienne de santé publique, *Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida (2005-2010)*, Ottawa, 2005.
[14] Karen Hayward et Ronald Colman, *Une vague de changement. Iniquités et maladies chroniques au Canada atlantique. Un document de travail*, préparé pour la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Bureau régional de l'Atlantique, Santé Canada, 2003.
[15] Idem
[16] Réseau atlantique pour la promotion de la santé communautaire en collaboration avec Miriam Stewart, Graham Reid, Leonard Buckles, Wayne Edgar, Colin Mangham, Neil Tilley et Susan Jackson, *Enquête sur le ressort psychologique des communautés*, préparé pour le Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance, Santé Canada, 1999.
[17] Idem
[18] Santé Canada, *Moyens de joindre les utilisateurs de drogues injectables au Canada*, 2000.
[19] B. Fischer, S. Brissette, S. Brochu, J. Bruneau, N. el-Guebaly, L. Noel, J. Rehm, M. Tyndall, C. Wild, P. Mun, E. Haydon et D. Baliunas, "Determinants of overdose incidents among illicit opioid users in 5 Canadian cities," *Journal de l'Association médicale canadienne* 171 (3), 1-11, 2004.
[20] Santé Canada, *I- track: Surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada*, 2004.
[21] Santé Canada, *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*, 2001.

[22] Mainline Needle Exchange, *An inside look into cocaine addiction, through the eyes of an addict: Mainline Needle Exchange cocaine assessment report*, 2004.
[23] Santé Canada, *I- track*.
[24] Santé Canada, *Profil de l'hépatite C et de l'utilisation de drogues injectables au Canada*, Programme de prévention, de soutien et de recherche concernant l'hépatite C, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, 2000.
[25] Santé Canada, *I- track*.
[26] SIDA Nouveau-Brunswick, *Community based needs assessment on injection drug use and related issues in Fredericton, NB*, 2005.
[27] Santé Canada, *Profil de l'hépatite C et de l'utilisation de drogues injectables au Canada*.
[28] E. Single, *Profil sociodémographique des consommateurs de drogue au Canada*, 2000.
[29] Idem
[30] A. Nicol, "*Drug and alcohol use in Fredericton and the province of New Brunswick*," Rapport annuel 2004 du Comité pour le site de Fredericton du RCCET, Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies, 2004.
[31] Single.
[32] Fischer et coll.
[33] Réseau communautaire canadien de l'épidémiologie des toxicomanies (RCCET), 2004.
[34] SIDA Nouveau-Brunswick.
[35] D. Nowogorski and N. Smith, I*slanders who inject drugs: A needs assessment on injection drug users in Prince Edward Island*, 2002.
[36] Réseau communautaire canadien de l'épidémiologie des toxicomanies (RCCET), *Envoi du RCCET*, Numéro 1, 2004.
[37] Groupe de travail sur l'OxyContin, *OxyContin Task Force final report*, 2004.
[38] Réseau communautaire canadien de l'épidémiologie des toxicomanies (RCCET), 2004.
[39] Groupe de travail sur l'OxyContin.
[40] Mainline Needle Exchange, *An inside look into cocaine addiction, through the eyes of an addict*.
[41] Santé Canada, *I-track*.
[42] Mainline Needle Exchange, *An inside look into cocaine addiction, through the eyes of an addict*.
[43] SIDA Nouveau-Brunswick.
[44] Nowogorski et coll.
[45] Société canadienne de l'hémophilie, Canadian Hepatitis C Network et Société de l'Hépatite C du Canada, *Rationale and recommendations for a Canadian Hepatitis C strategy*, ébauche, 2004.
[46] Santé Canada, *Injection drug use and services in Ontario: An environmental scan*, région de l'Ontario, 2003.
[47] Réseau juridique canadien VIH/sida, *L'injection de drogues et le VIH/sida au Canada : les faits*, 2005.
[48] Société canadienne de l'hémophilie et coll.
[49] SIDA Nouveau-Brunswick.
[50] Nowogorski et coll.
[51] Mainline Needle Exchange, *An inside look into cocaine addiction, through the eyes of an addict*.
[52] Santé Canada, *I-track*.
[53] L. Jackson, D. Bailey, J. Fraser, K. Johnson, A. Currie et D. Babineau, "Safer and unsafe injection drug use and sex practices among injection drug users in Halifax, Nova Scotia," *La revue canadienne de santé publique*, 2002.

[54] R. Roman-Crossland, L. Forester et G. Zaniewski, «Différences dans les pratiques d'injection selon le sexe et l'hépatite C : recension systématique de la littérature», *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, Volume 30-14, 2004.
[55] Agence de santé publique du Canada, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida – mai 2005, Comportements à risque chez les utilisateurs de drogues par injection au Canada*, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses.
[56] Idem
[57] Santé Canada, *Réduction des méfaits et utilisation des drogues injectables : étude comparative internationale des facteurs contextuels influençant l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de programmes adaptés*, 2001.
[58] Santé Canada, *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada.*
[59] Agence de Santé publique du Canada, *Épidémiologie, évolution naturelle et traitement de l'hépatite C*. www.phac-aspc.gc.ca/hepc/hepatite_c/pdf/soin_guideman/intro.html
[60] Santé Canada, *Injection drug use and services in Ontario.*
[61] Santé Canada, *A study to characterize the epidemiology of Hepatitis C infection in Canada*, 2002.
[62] Santé Canada, *Injection drug use and services in Ontario.*
[63] Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, *Infection au virus de l'hépatite C (VHC) et consommation de drogues illicites 2005.*
[64] Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, *Hepatitis C: Surveillance report 2004.*
[65] Données épidémiologiques sur le VIH, le VHB et le VHC pour Terre-Neuve-et-Labrador, communication personnelle avec Cathy O'Keefe, 2005.
[66] Santé Canada, *A study to characterize the epidemiology of Hepatitis C infection in Canada.*
[67] Institut de l'anémie – Recherche et éducation, Société canadienne du sida, Réseau canadien d'info-traitements sida, Canadian Harm Reduction Network, Société canadienne de l'hémophilie, Canadian Hepatitis C Network, Fondation canadienne du foie, Hepatitis C Council of BC, Société de l'hépatite C du Canada et Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network, *Vers une réponse à l'épidémie : Recommandations pour une Stratégie canadienne sur l'hépatite C*, 2005.
[68] Agence de santé publique du Canada, *Épidémiologie, évolution naturelle et traitement de l'hépatite C*
[69] R.S. Remis, *Rapport final. Estimation du nombre de personnes co-infectées par le virus de l'hépatite C et le virus de l'immunodéficience humaine au Canada*, Santé Canada, 2001.
[70] Agence de santé publique du Canada, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida - 2005.*
[71] Santé Canada, *I- track.*
[72] SIDA Nouveau-Brunswick.
[73] D. Fletcher, J. Gahagan et A. Reynolds, *A co-ordinated approach to HIV and Hepatitis C research in Atlantic Canada: How do we get there? A feasibility workshop for Atlantic regional HIV and Hepatitis C social and behavioural studies unit. Final report*, 2003.
[74] Santé Canada, *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada.*
[75] Santé Canada, *Profil de l'hépatite C et de l'utilisation de drogues injectables au Canada.*
[76] Groupe de travail sur l'OxyContin.
[77] C. Marshall, *Meeting a need and moving forward: Direction 180 Halifax: A model of best practice in methadone maintenance treatment*, Marshall Consulting and Associates, Halifax, 2003.
[78] Santé Canada, *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada.*
[79] C. Poulin, *Nova Scotia student drug use 2002 technical report*, Community Health and Epidemiology, Université Dalhousie, 2003, pp. 1-76.

[80] Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, *Enquête de 2002 sur la consommation de drogues par les élèves du Nouveau-Brunswick*, 2003, pp. 1-61. www.gnb.ca/0378/pdf/StudentDrugUseSurvey2002FR.pdf

[81] Idem

[82] D. Olds, C.R. Henderson Jr., R. Cole, J. Eckenrode, H. Kitzman, D. Luckey, L. Pettitt, K. Sidora, P. Morris et J. Powers, "Long-Term Effects of Nurse Home Visitation on Children's Criminal and Antisocial Behavior: 15-year Follow-up of a Randomized Controlled Trial," *Journal of the American Medical Association*, Vol. 280 No. 14: 1238-1244, 1998.

[83] S. MacKinnon, *Hepatitis Outreach Society Island of Hope peer education and training project*, Agence de santé publique du Canada, 2005.

[84] Santé Canada, *Profil de l'hépatite C et de l'utilisation de drogues injectables au Canada.*

[85] Mainline Needle Exchange, *An inside look into cocaine addiction, through the eyes of an addict.*

[86] Agence de santé publique du Canada, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida – mai 2005, Comportements à risque chez les utilisateurs.*

[87] ARK Youth Outreach and Halifax Regional Municipality, *The Drugs are here. What are You Going to Do About It? An assessment of Crystal meth and other drug use among street-involved youth in Halifax, N.S.*, données provenant d'une étude à venir, 2005.

[88] Santé Canada, *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada.*

[89] Groupe de travail sur l'OxyContin.

[90] Partnership for a Drug-Free America, "Generation RX: National study reveals new category of substance abuse emerging: Teens abusing prescription and OTC medications intentionally to get high."

[91] Agence de santé publique du Canada, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida –mai 2005, L'infection à VIH et le sida chez les femmes au Canada*, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses.

[92] R.S. Remis, C. Major, C. Swantee, et coll., "HIV evidence and mortality among Injection drug users in Vancouver – 1996-2000," *Journal canadien des maladies infectieuses*, 11 (Supplément B), 2001.

[93] Agence de santé publique du Canada, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida –mai 2005, L'infection à VIH et le sida chez les femmes au Canada.*

[94] Santé Canada, *Réduire les méfaits associés à l'utilisation des drogues par injection au Canada.*

[95] E. Whynot, "Women who use injection drugs: the social context of risk," *Journal de l'Association médicale canadienne*, 154:355-8, 1998.

[96] Roman-Crossland et coll.

[97] Marshall.

[98] Agence de santé publique du Canada.

[99] Whynot.

[100] Santé Canada, *Profil de l'hépatite C et l'utilisation de drogues injectables au Canada.*

[101] Conseil consultatif sur la condition féminine de la Nouvelle-Écosse, *Gender and HIV / AIDS, a backgrounder*, 2003.

[102] Marshall.

[103] Santé Canada, *I- track*

[104] Whynot.

[105] Mainline Needle Exchange, *Unsafe and Safer Practices Among Injection Drug Users in DHAs 1,2,3. Final report of the Mainline Needle Exchange DHA Injection Drug Use Project (DIDUP)*, 2005.

[106] Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, *Enquête sur les toxicomanies*

au Canada (ETC): Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens, 2005.

[107] Mainline Needle Exchange, Mainline Needle Exchange Provincial Needs Assessment, 2002.

[108] Mainline Needle Exchange, *Unsafe and Safer Practices Among Injection Drug Users in DHAs 1,2,3.*

[109] Statistique Canada, *Recensement 2001*, Statistique Canada, Ottawa, 2001.

[110] Hayward et coll.

[111] A. Pahlke, S. Lord et L. Christiansen-Ruffman, *Women's Health and Wellbeing in Six Nova Scotia Fishing Communities*, Institut canadien de recherches sur les femmes et Nova Scotia Women's Fishnet, 2001. www.medicine.dal.ca/mcewh/Publications/Fishnet%20Finalreport.pdf

[112] Statistique Canada.

[113] Hayward et coll.

[114] Agence de santé publique du Canada, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida – mai 2005, Déclaration de l'origine ethnique des cas de sida et d'infection à VIH au Canada : les communautés autochtones et noires requièrent plus d'attention*, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses.

[115] Santé Canada, *Moyens de joindre les utilisateurs de drogues injectables au Canada.*

[116] Santé Canada, *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada.*

[117] Single.

[118] Santé Canada, *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada.*

[119] R. Romanow, *Guidé par nos valeurs. L'avenir des soins de santé au Canada. Rapport final*, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Saskatoon, 2002.

[120] Mainline Needle Exchange, *Aboriginal injection drug users and needle exchange programs: Identifying barriers in Nova Scotia*, 2000.

[121] Statistique Canada.

[122] Agence de santé publique du Canada, Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida – mai 2005, Déclaration de l'origine ethnique des cas de sida et d'infection à VIH au Canada.

[123] Fong et coll.

[124] J. Enang, «Black Women's Health: Health Research Relevant to Black Nova Scotians» dans Amaratunga, C. (ed.), *Race, Ethnicity and Women's Health*, Centre d'excellence pour la santé des femmes - Maritimes, Halifax, 2002, pp. 43-82.

[125] Service correctionnel du Canada. www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/addictions/index_e.shtml

[126] Santé Canada, *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada.*

[127] R. Elwood Martin, F. Gold, W. Murphy, V. Remple, J. Berkowitz, and D. Money, "Drug use and risk of bloodborne infections - a survey of female prisoners in British Columbia," *La revue canadienne de santé publique*, Vol. 96, No. 2 [mars - avril 2005], 2005.

[128] P.R.W. Kendall, "A reality-based prescription for bloodborne diseases within the corrections system," *La revue canadienne de santé publique*, 2005, 96:93-94.

[129] C. Ploem, *Anonymous HIV testing: New Brunswick provincial correctional facilities evaluation report July 2001 - June 2002*, Service correctionnel du Canada, ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, ministère de la Sécurité publique du Nouveau-Brunswick, 2003, pp.1-61.

[130] Réseau juridique canadien HIV/sida, *2004/2005 VIH/sida et hépatite C en prison : les faits.* www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons/e-info-pa1.htm

[131] Agence de santé publique du Canada, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/ sida – mai 2005, Comportements à risque chez les utilisateurs de drogues par injection au Canada.*

[132] Elwood Martin et coll.

[133] Single

[134] Santé Canada, «Transmission du virus de l'hépatite C au sein de la population carcérale», *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 30[16], 2004.
[135] Service correctionnel du Canada, *Système de surveillance des maladies infectieuses*, données provisoires, non publié.
[136] Idem
[137] Service correctionnel du Canada, *Prévention et contrôle des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux du Canada 2000 et 2001*. Résumé, 2003. www.csc-scc.gc.ca/text/pb/ct/infectiousdiseases/3_e.shtml
[138] AIDS Coalition of Cape Breton.
[139] Comité fédéral-provincial-territorial, *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*, 2001.
[140] Santé Canada, *Prévention des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes*.
[141] National Institute on Drug Abuse, *Preventing Drug Use Among Children and Adolescents*, U.S. National Institutes of Health, Rockville MD,1997.
[142] N. Crofts, R. Louie, D. Rosenthal et D. Jolley, "The first hit: circumstances surrounding initiation into injecting," *Addiction*, 91(8), 1996, pp. 1187-1196.
[143] Gary Roberts, Douglas McCall, Andrea Stevens-Lavigne, Jim Anderson, Angela Paglia, Sandy Bollenbach, Jamie Wiebe et Louis Gliksman, *Prévention des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes – Un compendium des meilleures pratiques*, coordonné par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies pour le Bureau de la Stratégie canadienne antidrogue, Santé Canada, 2001.
[144] Santé Canada, *Profil de l'hépatite C et de l'utilisation de drogues injectables au Canada*.
[145] Adler Group, *Hepatitis C – Intervention Programming for Youth at Risk: Final Consolidated Report*, 2004.
[146] Roberts et coll.
[147] C. Poulin et J. Nicholson, "Should harm minimization as an approach to adolescent substance use be embraced by junior and senior high schools? Empirical evidence from an integrated school-and community-based demonstration intervention addressing drug use among adolescents," *International Journal of Drug Policy*, 16: 403-414, 2005.
[148] Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, *Plan d'activités 2004-2005*. www.gov.ns.ca/health/downloads/2004-2005%20DoH%20Business%20Plan.pdf
[149] Santé Canada, *Injection drug use and services in Ontario*.
[150] Réseau juridique canadien VIH/sida, *L'injection de drogues et le VIH/sida, Feuillet d'information 9 : Les programmes d'échange de seringues*, 2005.
[151] Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, *FAQ sur les programmes d'échange de seringues*, 2005.
[152] AIDS PEI, *Implementing needle exchange programs in rural areas: A best practices report*, 2004.
[153] Comité federal-provincial-territorial
[154] Groupe de travail sur l'OxyContin
[155] Santé Canada, *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*
[156] T. Kerr, A. Wodak, R. Elliott, J.S. Montaner et E. Wood, "Opioid Substitution and HIV/AIDS Treatment and Prevention," *Lancet*, 364, 2004.
[157] J. Campbell, *Cost benefit analysis of a methadone treatment program*, 2004.
[158] Nicol.
[159] Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrabor, "Interim methadone clinic established," communiqué de presse, 2005
[160] Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, *Plan d'activités 2004-2005*

[161] C. Davison, Methadone maintenance programming information for Nova Scotia, communication personnelle, 2005
[162] Marshall.
[163] Réseau juridique canadien VIH/sida, *L'injection de drogues et le VIH/sida, Feuillet d'information 4 : L'usage de drogues et la provision de services sociaux et de santé*, 2005
[164] J. Gold, *Provision de services pour le VIH à des personnes qui s'injectent de la drogue : discussion sur des questions éthiques*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002
[165] D. McAmmond, *Document de travail sur les soins, le traitement et le soutien à donner aux utilisateurs de drogues par injection vivant avec le VIH ou le sida*, Santé Canada, Ottawa, 1997
[166] Gold
[167] Idem
[168] Single
[169] Santé Canada. *Injection drug use and services in Ontario*
[170] P. Millson, L. Leonard, R.S. Remis, C. Strike et L. Challacombe, *Injection drug use, HIV and HCV infection in Ontario: The evidence 1992 to 2004*, 2004
[171] Réseau juridique canadien VIH/sida, *L'injection de drogues et le VIH/sida, Feuillet d'information 4 : L'usage de drogues et la provision de services sociaux et de santé*
[172] Idem
[173] Service correctionnel du Canada, *Sondage national auprès des détenus – rapport final - 1995*, Recherche et développement correctionnels, Ottawa, 1996, No SR-02
[174] Réseau juridique canadien VIH/sida, *L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et experiences internationales*, 2004.
[175] Organisation mondiale de la Santé, "HIV in prisons: A reader with particular relevance to the newly independent states," *Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le sida dans les prisons*, Copenhagen, 2001, pp. 233-7.
[176] Réseau juridique canadien VIH/sida, *L'échange de seringues en prison.*
[177] Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, *Évaluer le besoin de programmes d'échange de seringues dans les prisons du Canada.*
[178] Idem.
[179] Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, *Évaluer le besoin de programmes d'échange de seringues dans les prisons du Canada : analyse de situation*, 2005.
[180] Comité fédéral-provincial-territorial.
[181] Martin Spigelman Research Associates, *Devancer l'épidémie du VIH/sida : Le rôle du gouvernement fédéral dans la Stratégie canadienne sur le VIH/sida 1998-2008*, préparé pour le compte de Santé Canada et du Comité consultative pour l'examen quinquennal, 2003.
[182] Santé Canada, *Profil de l'hépatite C et de l'utilisation de drogues injectables au Canada.*
[183] Santé Canada, *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada.*
[184] Société canadienne de l'hémophilie et coll.
[185] Santé Canada, *Un cadre national d'action pour réduire les méfaits associés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada*, Ottawa, 2005, pp. 1-24.
[186] G. Thomas, *Indicateurs de traitement des toxicomanies au Canada : survol de l'environnement*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2005.
[187] Santé Canada, *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada.*
[188] Santé Canada, *Répertoire des études portant sur l'incidence et la prévalence du VIH au Canada*, Division de la Surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, 2004.
[189] SIDA Nouveau-Brunswick.
[190] Mainline Needle Exchange, *Aboriginal injection drug users and needle exchange programs.*

[191] Mainline Needle Exchange, *Mainline Needle Exchange Provincial Needs Assessment.*
[192] M. Mantley, *Mainline Needle Exchange cocaine assessment report*, 2004.
[193] Nowogorski et coll.
[194] Campbell.
[195] Jackson et coll.
[196] Fletcher et coll.
[197] Données épidémiologiques sur le VIH, le VHB et le VHC pour Terre-Neuve-et-Labrador, communication personnelle avec Cathy O'Keefe, 2005.
[198] Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, *Hepatitis C: Surveillance report 2004.*
[199] AIDS Coalition of Cape Breton.
[200] Santé Canada, *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada.*
[201] Roberts et coll.
[202] Poulin et coll.
[203] Comité fédéral-provincial-territorial.
[204] Santé Canada, *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues injectables au Canada.*
[205] Société canadienne de l'hémophilie et coll.
[206] Société médicale canadienne sur l'addiction, *Definitions in Addiction Medicine*, www.csam.org/def.htm